

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali
Un peuple Un But Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année universitaire : 2012-2013

N° /..../

TITRE

**Etude des connaissances, attitudes et
pratiques des mères d'enfants
de 0 à 59 mois sur le Paludisme
en commune V du district de Bamako.**

THÈSE

Cette thèse sera présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Pour obtenir le grade de **DOCTEUR** en Médecine

(Diplôme D'ÉTAT)

Par :

M. Ousmane Sékou SAMAKE

Jury

Président : Pr. Abdoulaye Ag RHALY

Membre : Dr. Broulaye TRAORE

Codirecteur : Dr. KEITA Assa SIDIBE

Directeur : Pr. Hamadoun SANGHO

DEDICACE

A Allah le tout puissant et Miséricordieux !

Pour m'avoir guidé et donné la force nécessaire et le courage de réaliser ce modeste travail.

Merci pour la grâce dont je suis l'objet, accorde moi ta miséricorde et donne moi la force nécessaire pour accepter et me soumettre au destin que tu as tracé pour moi

Au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui).

Que la paix et la bénédiction de Dieu soient sur vous et vos compagnons. Nous vous témoignons notre respect et notre gratitude pour tout ce que vous avez fait pour l'humanité.

Je dédie ce travail

A

-Mon père **Sékou Samaké**

Plus qu'un père tu es pour moi un modèle, un exemple de courage, d'honnêteté et de sincérité dans ma vie de tous les jours.

Ce travail est le résultat de tes multiples conseils et encouragements que tu n'as cessé de me donner. Que Dieu t'accorde une bonne santé et une longue vie.

-Ma mère **Alamako Doumbia**

Adorable maman, ma réussite dans mes actions de tous les jours a toujours été ton souci premier. Tu m'as aimé et soutenu dans toutes les difficiles épreuves de la vie.

Tu as été une bonne mère, je prie le bon Dieu, le Tout Puissant pour qu'il te garde longtemps à côté de nous.

-Mes tantes **Adja, Farima et Mamou**

Vous m'avez donné une éducation exemplaire. Ce travail est le fruit de vos soutiens moraux ainsi que de vos bénédictions de tous les jours. Que le tout puissant Allah vous donne longue vie et renforce nos liens familiaux.

A la mémoire de

Ma grand-mère **Sagoba doumbia**, mon tonton **Mansa Samaké**, ma tante **Korotoumou Camara** et ma grande sœur **Ténin**

Vous nous avez été arrachés alors que nous étions encore petits mais votre souvenir reste à jamais gravés dans nos mémoires.

Que le tout puissant Allah vous accorde sa grâce et vous garde dans son paradis. Amen.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent :

A tous ceux qui ont contribué à ce travail, particulièrement :

Au **Docteur KEITA Assan Sidibé** Directrice Générale Adjointe du CREDOS.

Vous êtes pour moi plus qu'un encadreur, une mère et une conseillère. Votre sens du travail bien accompli et la minutie de tous vos gestes m'ont impressionné dès le premier jour de travail avec vous. Je ne serai pas le premier ni le dernier à vous féliciter pour tout ce que vous faites pour la promotion de votre structure de recherche qui est le CREDOS. Soyez-en remerciée et ce travail est le votre. Merci chère Maman !

Au **Docteur Mahamadou oumar cissé**, chef du département de prestations spécialisées du CREDOS.

Vous m'avez accueilli, accepté et guidé mes premiers pas au sein du CREDOS, vos conseils, critiques et suggestions m'ont accompagné durant tout ce travail ; sans votre sens élevé de la rigueur et du sérieux dans le travail ce document n'aurait jamais vu le jour.

Soyez en remercié et que Dieu le tout puissant vous accorde la santé et une longue vie.

Au **Docteur Coulibaly Dramane** à la direction régionale de la santé de Mopti pour tes conseils et encouragements.

A mes frères et sœurs : **Moussa, Lassana, Sériba, Mohamed, Issa, Amadou, Djeneba, Djelika, Ismail, etc.**

Votre soutien, vos prières et vos conseils ont permis la réalisation de ce travail. Que Dieu renforce nos liens de fraternité et nous unisse à jamais.

A mes Cousin et cousines : **Moussa, Kadiatou, Mariam, Boubacar, Adja, et Amadou** : Avec vos encouragements et votre soutien ce travail a vu le jour

Que Dieu vous donne longue vie et préserve notre lien familial.

A mon oncle : **Moriba Dombia** .Dès ma tendre enfance tu m'as pris à tes cotés et depuis ton soutien et ta protection ne m'ont jamais fait défaut. Je serai toujours à tes côtés pour demander bénédiction et protection pour d'autres œuvres.

A mes chers Tonton : Général Pangassy Sangaré et Modibo Sidibé dit Capone pour tout le soutien et la protection dont j'ai été l'objet de votre part durant toute ma vie.

A toute la famille Coulibaly au point G

Merci pour vos encouragements et vos soutiens.

A Madame **Coulibaly Maimouna Dagnoko** secrétaire à la cellule de planification et de statistique du ministère de l'éducation et l'alphabétisation **Sème Dabou à la GTZ** merci pour votre soutien ,les conseils et encadrements reçus.

A tout le personnel du CREDOS particulièrement à :

Sanaba (secrétaire), à **Térrera, Aba** tous informaticiens.

A tout le personnel du CSCOM de Kalaban coura.

Vous m'avez été une aide précieuse pour la réalisation de ce travail. Veuillez accepter l'expression de ma profonde reconnaissance.

Aux Docteurs **Dombia cheik Hamala** et **Traoré Harouna** : A vos cotés j'ai beaucoup appris ; merci infiniment et bonne chance dans toutes vos entreprises.

A mes camarades de promotion de la FMPOS : **Kanté Mohamed, Konaté El Bassir, Boré Daouda, Bengaly Inzan, Djiré Adjaratou, Diarra sidy et Sylla Brahima**: merci pour votre assistance, votre indulgence, votre collaboration et votre disponibilité.

Ce travail est le résultat de nos longues nuits d'étude.

A mes collègues du service du CREDOS.

A la population de la commune V du district de Bamako, merci de l'accueil chaleureux dont j'ai bénéficié pendant mon séjour et de la spontanéité de votre participation à mon étude.

A tous mes encadreurs depuis le fondamental jusqu'à la F M P O S. Sans vous je n'allais pas aujourd'hui atteindre ce niveau d'étude. Merci à vous tous.

A tous mes promotionnaires de l'école privée AMITIE ainsi que tous les élèves de la promotion (1998-2004) du Prytanée militaire de Kati.

A tous mes parents, amis, compagnons, et connaissances que je n'ai pas pu citer.

A tous les étudiants et étudiantes de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

A toutes les personnes dont les noms ne sont pas mentionnés ici, qu'elles sachent que ce n'est pas un oubli.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Abdoulaye Ag RHALY

-  Professeur honoraire de médecine interne à la FMOS
-  Membre du comité d'éthique de la FMOS
-  Chevalier international des palmes académiques du CAMES
-  Docteur HONORIS CAUSA de l'université D'HAVAN au QUEBEC CANADA

Cher maître,

Vous nous faites un immense honneur en acceptant de présider ce jury. Nous avons tiré un grand profit de votre enseignement clair et didactique. Nous avons été séduits par la qualité de votre savoir scientifique et votre ouverture envers les étudiants.

Nous garderons particulièrement de vous l'image d'un maître de rigueur, perfectionniste qui a su allier avec bonheur, rigueur et respect de l'Homme dans l'exercice de la médecine. Honorable maître, nous espérons avoir été à la hauteur de votre attente dans la réalisation de ce modeste travail.

Trouvez ici cher maître toute notre admiration et notre profond respect.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Hamadou Sangho

- ✚ Maître de Conférences Agrégé en santé publique à la faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie (FMOS).
- ✚ Directeur Général du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS).

Cher maître,

Vous nous avez accueillis à bras ouverts, confié ce travail et accepter sa direction et nous fait bénéficier de votre grande compétence en matière de recherche en santé publique, ceci est un grand honneur pour nous.

Nous avons apprécié votre rigueur dans la recherche scientifique, votre dévouement dans le travail.

Vos qualités exceptionnelles de formateur et l'étendu de vos connaissances, jointes a votre générosité et votre modestie font de vous une référence.

Cher maître, si ce travail est une réussite il doit à votre compétence et à votre savoir faire.

Trouvez dans ce travail, cher maître, le très humble témoignage de notre profonde gratitude et sincère reconnaissance pour l'encadrement agréable et remarquable dont nous avons bénéficié.

A notre maître et juge

Docteur Broulaye TRAORE

- ✚ Chef de service de la pédiatrie générale au CHU Gabriel TOURE
- ✚ Président de l'association Malienne de lutte contre les déficiences mentales chez l'enfant(AMALDEME)
- ✚ Chargé des cours de pédiatrie à l'institut national de formation en science de la santé(INFSS)

Cher maître,

C'est un grand honneur et une source de joie pour nous de vous avoir parmi les membres de jury malgré vos multiples occupations.

La rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait, le souci constant et permanent de la formation, l'amitié profonde pour vos collaborateurs font de vous un homme très admirable.

Le jugement que vous porterez sur ce modeste travail nous rendra un estimable service car il sera l'expression de votre expérience pratique.

Votre présence dans ce jury nous reconforte énormément.

A notre maître et Codirectrice de thèse

Docteur KEÏTA Assa Sidibé

✚ Master en Santé publique.

✚ Directrice Générale adjointe du CREDOS

Cher maître,

C'est un honneur de vous compter parmi ce jury malgré un emploi du temps très restreint. Votre modestie, votre courage, votre disponibilité, votre rigueur dans le travail, votre souci du travail bien fait et votre manière de rendre abordable les notions les plus difficiles en santé publique font de vous une personne admirable.

Si ce travail est une réussite ; il le doit en partie à vos conseils et à votre savoir faire.

Cher maître, toute notre fierté d'être encadré par vous, c'est l'occasion pour nous de vous exprimer tout notre profond respect et de vous présenter nos sincères remerciements.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AAS : Acide Acétyl Salicylique

ASC : Agent de Santé Communautaire

CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée

CMM : Consommation Moyenne Mensuelle

CP/J : Comprimé par jour

CREDOS : Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation pour la survie de l'Enfant

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

CTA : Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine

DDT : Dichloro-Diphényl-Trichloro-éthane

DRS : Direction Régionale de la Santé

EEG : Electro-encéphalogramme

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

EVDI : Eveil, Voix, Douleur et Inerte

FM : Frottis Mince

FMPOS: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

FMSTP : Fonds Mondial Sida-Tuberculose-Paludisme

GE : Goutte Epaisse

GR : Globule Rouge

HB / HT : Hémoglobine/Hématocrite

IM : Intramusculaire

IR : Intra rectale

IV : Intraveineuse

KG : Kilogramme

LCR : Liquide Céphalo-rachidien

MIILD : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides à Longue Durée

MRTC : Malaria Research and training

OHVN : Office des Hautes Vallée du Niger

OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDESC : Plan de Développement Economique, Social et Culturel

PDSS : Programme de Développement Sanitaire et Social

PIB : Produit Intérieur Brut

PID : Pulvérisation Intra Domiciliaire

PNLP : Politique Nationale de Lutte Contre le Paludisme

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PPM : Pharmacie Populaire du Mali

PSLP : Plan Stratégique de Lutte Contre le paludisme

P.f : Plasmodium falciparum

P.m : Plasmodium malaria

P.o : Plasmodium ovale

P.v: Plasmodium vivax

RBM: Roll Back Malaria

RN: Route Nationale

SLACAER : Service Local pour Appui au Conseil à l'Aménagement et Equipement
Rurale

SLIS : Système Local d'Information Sanitaire

SP : Sulfadoxine Pyriméthamine

SP: Sirop

TDR: Test de Diagnostic Rapide

TNF: Tumor Necrosis Factor

TPI : Traitement Préventif Intermittent

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome Immuno Déficitaire
Acquis

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	ENONCE DU PROBLEME	3
III.	OBJECTIFS.....	5
IV.	GENERALITE	6
V.	METHODOLOGIE.....	18
VI.	RESULTATS	32
VII.	DICUSSION.....	55
VIII.	CONCLUSION	62
IX.	REFERENCES	64
X.	ANNEXES	67

I. INTRODUCTION :

Le paludisme ou malaria est une parasitose due à la multiplication dans les cellules hépatiques et les hématies d'un hématozoaire du nom de plasmodium, transmis par un moustique : « L'anophèle femelle. ».

Le plasmodium sévit dans les régions tropicales et subtropicales ; selon l'OMS, 2 à 3 milliards d'individus sont exposés au risque. Le nombre de cas cliniques s'élève à 300 à 500 millions et chaque année environ 2 millions de malades décèdent [1].

La fréquence des voyages a considérablement augmenté le nombre de cas dans tous les pays (paludisme d'importation).

En 2001, le paludisme demeure la première endémie parasitaire mondiale, avec 85% des cas en Afrique sub-saharienne (10% de la population mondiale) [2].

Le paludisme touche plus de 105 pays, soit 2,4 milliards de personnes (40% de la population mondiale) et cause de 300 à 500 millions d'accès palustres par an. On estime de 1,5 à 2 millions le nombre de décès par an imputables au paludisme et 90% des cas concernent l'Afrique Subsaharienne [3]. En Afrique, les victimes sont le plus souvent de jeunes enfants, le paludisme étant la principale cause de mortalité chez les moins de 5 ans (20%) [4]. Sur le continent Africain, l'incidence est de 500 à 900‰ contre 5 à 6‰ en Asie [1].

De nos jours le paludisme constitue un problème majeur de santé publique dans les pays en développement, notamment intertropicaux. En effet selon l'Organisation Mondiale de la Santé, environ 40 % de la population mondiale, habitant essentiellement dans les pays les plus pauvres du monde, sont exposés au paludisme. Cette maladie parasitaire tue chaque année 1,5 à 2,7 millions de personnes à travers le monde, dont un million d'enfants de moins de 5 ans. Environ neuf cas sur dix concernent l'Afrique subsaharienne [1].

Au Mali, comme dans la majorité des pays au sud du Sahara, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, notamment parmi les enfants de moins de cinq ans et les femmes

enceintes qui courent ainsi quatre fois plus de risque de souffrir de complications du paludisme que celles qui ne sont pas enceintes. Selon le rapport du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) 2005 du Ministère de la Santé, le paludisme représente au Mali 50 % des motifs de consultation pour les tranches d'âges de 15 ans et plus. [5]

En plus des pertes en vies humaines, le paludisme, en réduisant l'activité des personnes durant plusieurs jours, affecte l'économie en diminuant le Produit National Brut (PNB) et en entravant la scolarité des enfants et le développement social. Il est ainsi considéré comme une maladie de la pauvreté et une cause de pauvreté. [5]

II. ENONCE DU PROBLEME :

Chaque année, le paludisme provoque entre 300 et 500 millions de cas de maladie et entraîne le décès de plus d'un million d'enfants. Les enfants de moins de cinq ans vivant en Afrique subsaharienne payent le plus lourd tribut à la maladie : près de 3000 d'entre eux en meurent chaque jour [1]. En Afrique, le paludisme est à l'origine d'environ 20 % de tous les décès d'enfants. Certains enfants sont victimes d'une attaque aiguë de paludisme cérébral qui entraîne rapidement le coma et la mort. D'autres succombent à une grave anémie suite aux infections à répétition ou aux conséquences d'un poids insuffisant à la naissance qui s'explique lui-même par une infection paludique utérine. [6].

Les enfants qui échappent à la mort ne sont pas indemnes pour autant ; le paludisme entravera leur développement. En Afrique subsaharienne, c'est le paludisme qui est à l'origine de 30 à 50 % des visites de patients dans les cliniques et de plus de 50 % des admissions à l'hôpital.

Le paludisme contribue à l'aggravation de la mortalité et de la morbidité maternelles [6].

Du fait des conséquences cliniques de l'infection durant les premières années de vie, le paludisme pèse lourdement sur le ménage, sur les services de santé, mais également sur le développement économique des communautés et des nations [7]. On estime à plus de 12 milliards la perte annuelle de PIB due au paludisme en Afrique, alors qu'une fraction de cette somme suffirait à le maîtriser [8]. Le paludisme est responsable de 40% des dépenses de santé publiques [7].

Compte tenu de l'ampleur de l'endémie en Afrique, les Chefs d'Etat et de gouvernement, lors du 33ème sommet de l'OUA en juin 1997 à Harare, ont manifesté leur volonté de combattre avec beaucoup de détermination cette maladie. Le 24 avril 2000, ils ont ratifié la Déclaration du Plan d'Action d'Abuja (Malaria) sur le « Projet Faire Reculer le paludisme (*Roll Back Malaria*) » en Afrique et se sont engagés à prendre des mesures appropriées et durables pour le renforcement des systèmes de santé [5].

Le profil épidémiologique du Mali se caractérise par une endémicité stable marquée par une recrudescence saisonnière pendant et après la saison des pluies, c'est-à-dire de juin à décembre, avec une létalité relativement élevée, notamment chez les enfants. Face à cette situation, les autorités ont mis en place un plan stratégique national de lutte contre le paludisme. Ce plan vise à améliorer les performances du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) en matière de suivi, d'évaluation et de mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme.

Certaines enquêtes sur les connaissances attitudes et pratiques sur le paludisme au Sénégal et au Benin ont révélé que le niveau de connaissances des femmes sur le paludisme est faible et cela détermine leurs attitudes et pratiques. Au Mali une enquête réalisée sur les connaissances, les attitudes et pratiques dans la population générale de la commune rurale de Finkolo dans la région de Sikasso a révélé que les caractéristiques socio démographiques influencent considérablement les connaissances, les attitudes et les pratiques de la population face au paludisme. Face à ces constats un certain nombre de questions se posent pour la commune V du district de Bamako:

- quelles sont les connaissances des mères d'enfants de 0 à 59 mois face au paludisme ?
- quelles sont les attitudes et pratiques des mères d'enfant de 0 à 59 mois face au paludisme ?
- quels sont les facteurs qui influencent les attitudes et pratiques des mères d'enfant de 0 à 59 mois face au paludisme ?

Face à cet état de fait, notre étude intitulée : étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-59 mois sur le paludisme en commune V du district de Bamako sera un outil de réponse à ces questions.

III. OBJECTIFS :

3.1. Objectif général :

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des mères d'enfants de 0 à 59 mois sur le paludisme en commune V du district de Bamako en 2011.

3.2. Objectifs spécifiques :

1. Déterminer les connaissances des mères d'enfants de 0 à 59 mois sur le paludisme ;
2. Décrire les attitudes et les pratiques des mères d'enfants de 0 à 59 mois face au paludisme ;
3. Identifier les facteurs qui influencent les connaissances, les attitudes, et pratiques des mères d'enfants de 0 à 59 mois.
4. Faire des suggestions pour améliorer la prise en charge du paludisme.

IV. GENERALITES :

4.1. Définition opératoire des concepts :

Paludisme :

Le paludisme ou malaria est une parasitose due à la multiplication dans les cellules hépatiques et les hématies d'un hématozoaire du nom de plasmodium, transmis par un moustique : « L'anophèle femelle. ».

Le paludisme est un sporozoaire dont **quatre** espèces sont spécifiques de l'homme :

- ✓ Plasmodium falciparum : est l'espèce la plus fréquente et responsable d'accès fébriles simples susceptibles de se transformer en accès graves dite pernicieux mortels en l'absence de traitement adapté.
- ✓ Plasmodium vivax.
- ✓ Plasmodium ovale : sont responsables uniquement d'accès palustres simples.
- ✓ Plasmodium malaria.

Connaissance :

Elle est décrite comme une prise de recul personnelle ou collective par rapport à l'information. Elle résulte alors du traitement intellectuel et de l'appropriation par l'individu des informations qu'il acquiert.

Attitude

L'attitude peut être considérée comme la manière particulière qu'a une personne d'agir, de penser et de sentir. Elle détermine et oriente le comportement de l'individu ou des groupes d'individus. L'attitude dépend de plusieurs facteurs mais aussi des conditions socio-économiques et culturelles. Elle est acquise et est susceptible au changement.

Pratique

Littéralement, elle signifie l'exécution de ce qu'on a assimilé ou conçu, projeté ou imaginé. Elle réfère également à l'usage, la coutume, la façon d'agir dans un pays donné, dans une classe particulière de personnes.

Prévention

Ce sont toutes les mesures ou tous les moyens qui visent à diminuer ou à empêcher la survenue d'une maladie ou d'un accident dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas.

Mode de transmission

La transmission est définie par le mécanisme de passage d'un micro-organisme du réservoir (le plus souvent un sujet porteur) vers un hôte susceptible.

Symptôme

Le symptôme est le terme médical qui désigne un "signe", c'est à dire ce que ressent ou présente le malade.

Signe

Le signe est la manifestation perçue par le patient (malade) ou observées par son entourage ou par un médecin et qui est révélateur de l'existence d'un phénomène anormal.

4.2. Revue de la littérature

4.2.1. Historique du paludisme :

Le paludisme affecte les êtres humains depuis plus de 50.000 ans et aurai été impathogene depuis le début de l'histoire de notre espèce. On trouve ainsi des parasites proches de celui de la maladie chez les Chimpanzés, l'espèce la plus proche de l'humain. Il y a environs 10000 ans, le paludisme commence à avoir un impact majeur sur la survie humaine, ce qui coïncide avec le début de l'Agriculture (Révolution Néolithique) donc à la sédentarisation.

Des fièvres mortelles dont probablement le paludisme ont été rapportées depuis les premiers écrits.

Les symptômes de fièvre intermittente ont été décrits par Hippocrate. Il lie ces fièvres à certaines conditions climatiques et environnementales et divise les fièvres en trois types ; *febris tertiana* (tous les trois jours), *quartana* (tous les quatre jours), et *quotidiana* ou continua (maintenant appelée tropique).

Vers 186 avant J.C apparaît, dans certaines régions de Chine, l'utilisation, en Tisane, du Qing hao su appelé plus tard artemisinine en Occident et extrait d'une plante médicinale utilisée comme antipyrétique appelé qing hao (*Artemisia annua* ou « Armoise annuelle »).

Le paludisme était commun dans des endroits du monde où il est inconnu maintenant, comme en Europe et en Amérique du Nord. Dans certains endroits d'Angleterre, la mortalité due à la malaria était comparable à celle de l'Afrique sub-saharienne d'aujourd'hui.

En France métropolitaine, la malaria n'a disparu que relativement récemment. Elle était encore présente en 1931. Elle a été éradiquée de Corse, où on la trouvait dans la plaine orientale, en 1944. Les troupes américaines la firent disparaître en traitant massivement la zone au DDT. Inconnu du temps de la présence romaine, le paludisme fut introduit lors des raids vandales. Lille connaitra ses deux dernières épidémies non importées à *Plasmodium vivax* en 1970 (31 cas) et en 1971 (19 cas). Depuis, tous les cas observés en France (1025 cas en 1986) sont des paludismes d'importation. *Plasmodium vivax* également, sévit jusqu'en 1958 dans les zones de Polder de Belgique et des Pays bas. Dans les années 1500, ce sont les colons européens et leurs esclaves qui ont probablement amené le paludisme sur le continent américain (on sait que, Christophe Colomb était atteint de cette maladie avant son arrivée dans les terres nouvelles). Les Jésuites missionnaires espagnols virent que les indiens riverains du Lac de Loxa au Pérou utilisaient de la poudre d'écorce de Chinchon pour soigner les fièvres. Cependant, on ne trouve aucune référence au paludisme dans les ouvrages médicaux des Maya ou des Aztèques. L'utilisation de l'écorce de « l'arbre à fièvre » a été introduite dans la médecine européenne par les missionnaires Jésuites dont Barbade de Cobo qui l'expérimenta en 1632 et l'exporta également si bien que la précieuse poudre s'appela également « poudre des Jésuites ».

Les facteurs critiques affectant la propagation ou l'éradication de la maladie ont été les comportements humains (déplacement des populations, méthodes d'agriculture, etc....), le niveau de vie (la pauvreté était et reste la principale cause de mortalité) et la densité de

la population (plus la densité humaine n'est grande et plus la densité des moustiques seront grande.

En 1717 : la pigmentation post-mortem au graphite de la rate et du cerveau est publiée par Giovanni Maria Lancisi, le médecin du Pape Clément XI, .Il y présente des preuves que la maladie est transmise par les mouches. Lancisi introduit le mot malaria, « mauvais air ».

En 1820, Pierre Joseph Pelletier et Joseph Bienaimé Caventou séparent les alcaloïdes cinchonine et quinine de la poudre de l'écorce de « l'arbre à fièvre », permettant la création de doses standardisées des composants actifs.

En 1820 toujours, Pelletier et Cakentou (deux Pharmaciens Français) isolent le principe actif du quinquina, la quinine qui fera l'unanimité pour combattre les crises de paludisme jusqu'à la seconde guerre mondiale. A cette époque, l'Ile de Java où se trouvaient les plantations de quinquina, tombe aux mains des Japonais. L'approvisionnement en quinine devient impossible ; la recherche d'un antipaludique de synthèse s'impose de toute urgence. La pamaquine, la quinacrine puis la chloroquine est synthétisée. [10]

En 1865 encore, Carlos Finlay, un médecin cubain qui traite les patients de la fièvre jaune à la Havane, suggère que ce sont les moustiques qui transmettent cette maladie aux Humains.

En 1880 Charles Louis Alphonse Laveran établit, en Algérie, la relation entre les observations faites par Meckel "le jeune" (en 1884) et le parasite qu'il observe pour la première fois dans les globules rouges de 44 personnes souffrant du paludisme. En voyant l'ex flagellation se produire, il devient convaincu que les flagelles mobiles sont des micro-organismes parasites.

Laveran prend sa retraite et poursuit ses recherches sur les protozoaires à l'Institut Pasteur en tant que bénévole .C'est en 1898 qu'il va publier son « Traité du paludisme ».Il voit aussi l'effet de la quinine, qui détruit ces parasites. Il suggère que le paludisme est causé par ce protozoaire. C'est la première fois qu'un protozoaire est identifié comme étant la cause d'une maladie. Cette découverte lui vaut l'attribution du

prix Nobel de médecine en 1907. Les études scientifiques sur le paludisme viennent de faire leur première avancée significative.

En 1885, Ettore Marchiava, Angelo Celli et Camillo Golgi étudient le cycle de reproduction du sang humain (cycle de Golgi) et observent que tous les parasites présents dans le sang se divisent à peu près simultanément à intervalles réguliers et que la division coïncide avec les attaques de fièvre. Golgi montre qu'il existe plusieurs types de

Paludisme causés par des organismes protozoaires différents. Le protozoaire est appelé Plasmodium.

En 1895, l'expédition française de Madagascar fut un "désastre sanitaire" : sur 21.600 hommes débarqués, 5.731 sont morts du paludisme et 25 sont morts au combat. A noter que ce genre de "désastre" se reproduira souvent comme pendant la guerre du Vietnam pour les soldats Nord-vietnamiens.

En 1900, les recommandations mises en place par William C. Gorgas lors de la construction du canal de Panama et les mesures de santé publique ainsi adoptées ont sauvé les vies de milliers d'ouvriers (alors que plusieurs milliers d'autres y étaient morts auparavant) et ont aidé à développer les futures méthodes de lutte contre la maladie.

Au début du XX^e siècle, avant les antibiotiques, les patients atteints de syphilis étaient volontairement « traités » en les infectant avec le paludisme, pour leur donner de la fièvre.

Dans les années 1920, Julius Wagner-Jauregg commence à traiter les neurosyphilitiques avec le paludisme induit par *P. vivax*. Trois ou quatre accès de fièvre se révèlent assez pour tuer les bactéries de syphilis, tandis que l'infection de paludisme est arrêtée avec la quinine.

Les propriétés insecticides du DDT (dichloro diphenyle trichloro-éthane) sont établies en 1939 par Paul Hermann Müller.

En 1949, J.B.S. Haldane suggère que les thalassémiques hétérozygotes seraient plus résistants au paludisme.

Les premières cultures continues du stade sanguin du parasite sont établies en 1976 par Trager et Jensen, dans des jarres à bougies, ce qui pendant la guerre du Vietnam et à une demande expresse des «Viêt Công», une étude systématique de plus de 200 plantes médicinales chinoises est entreprise sous la direction de la pharmacologue Youyou Tu et de son groupe de recherche à Pékin en 1972. Le qing hao su, appelé artémisine en occident.

En 2004, des chercheurs, sous la direction du Docteur Jonathan Vennerstrom, de l'Université du Nebraska aux Etats-Unis ont réussi à synthétiser de l'acide artémisinic pouvant être converti en artémisine plus efficace (en tests in vitro) que celle produite naturellement.

Le premier vaccin antipaludéen, le **SPf66**, un vaccin synthétique, fut découvert en Janvier 1986 par Manuel Elkin Patarroyo. Son efficacité était toute fois assez faible voir nulle pour *P.falciparum*.

Actuellement trois types de recherche de 2ème génération sont basés sur divers antigènes issus des différents stades du cycle évolutif parasitaire :

Vaccins anti-stade exo-erythrocytaire : ils visent à empêcher le sporozoïte de pénétrer ou de se développer dans les cellules hépatiques.

Vaccins anti-stade sanguin asexué (antimérozoïte) : ils empêchent les mérozoïtes de pénétrer ou de se développer dans les hématies.

Vaccin bloquant la transmission : ils induisent des anticorps empêchant la maturation des stades sexués du parasite chez l'anophèle [20].

4.2.2. Epidémiologie :

Plasmodium vivax coexiste avec *P. falciparum* dans de nombreuses parties du monde, et est présente dans certaines régions tempérées. Le paludisme touche une centaine de pays dans le monde, particulièrement les zones tropicales défavorisées d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine. L'Afrique est, de loin, le continent le plus touché avec 90% des cas de paludisme recensés dans ses zones tropicales. Des épidémies peuvent survenir lors de mouvements de populations peu exposées au paludisme vers des zones hautement

endémiques.

L'Europe connaît des cas de paludisme dits d'importation. En France, en 2008, 4400 cas d'importation ont été rapportés. Quatre espèces de parasites du genre *Plasmodium* sont responsables de la maladie chez l'homme :

- *Plasmodium falciparum* est l'espèce la plus pathogène et responsable des cas mortels. Elle est présente dans les zones tropicales d'Afrique, d'Amérique Latine et d'Asie, et elle est dominante en Afrique.

- *Plasmodium ovale*, principalement trouvée en Afrique de l'ouest.

- *Plasmodium malariae* a une distribution mondiale mais très inégale. Elle n'est pas meurtrière mais peut entraîner des rechutes jusqu'à 20 ans après la primo infection.

4.2.3. Mode de transmission :

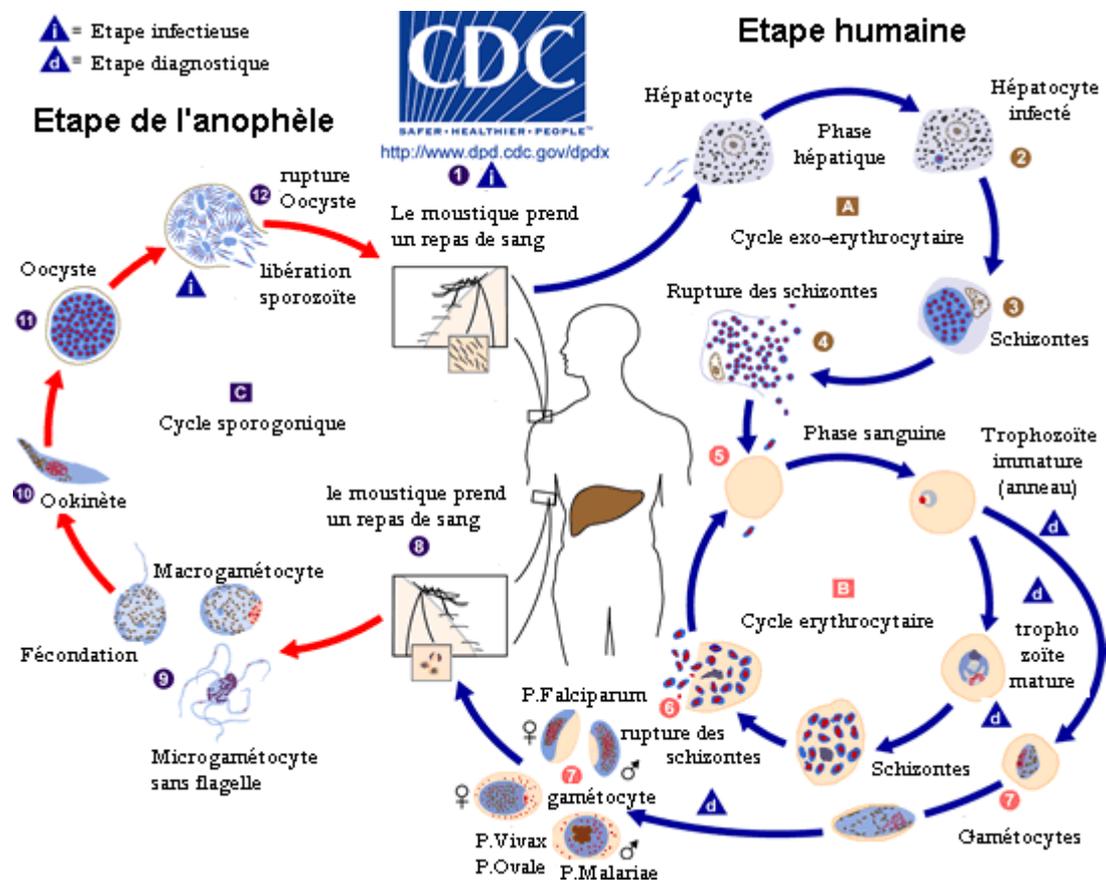
Le paludisme est transmis à l'homme par la piqûre d'un moustique femelle, du genre *Anophèles*, elle-même infectée après avoir piqué un homme impaludé : la femelle, en prenant le repas de sang nécessaire à sa ponte, injecte le parasite à son hôte. Les mâles ne piquent pas. La transmission de *Plasmodium* d'un homme à un autre se fait donc par l'intermédiaire du moustique, le principal en cause étant *Anophèles Gambiae* sur le continent africain. Il existe un seul cas de contamination interhumaine directe, lorsqu'une femme enceinte infectée contamine son enfant par voie transplacentaire.

4.2.4. Cycle du parasite

Le cycle de *Plasmodium* est complexe et comporte deux étapes essentielles : une phase asexuée chez l'homme, et une phase sexuée chez le moustique. L'anophèle femelle injecte à l'homme le parasite sous forme de "sporozoïte". Celui-ci migre rapidement, *via* la circulation sanguine, vers le foie. Il pénètre dans la cellule hépatique, où il se divise très activement pour donner naissance, en quelques jours, à des dizaines de milliers de nouveaux parasites : les "mérozoïtes". La cellule du foie éclate en libérant ces parasites dans le sang : là, ils pénètrent à l'intérieur des globules rouges et se multiplient. Lorsque ces derniers éclatent à leur tour, les mérozoïtes libérés dans la circulation sanguine infectent de nouveaux globules rouges (cycle érythrocytaire). Après quelques cycles de réplication des mérozoïtes, des parasites sexués mâles et

femelles (gamétocytes) sont formés à l'intérieur des globules rouges. Lorsqu'un moustique pique une personne infectée, il ingère ces gamétocytes, qui se transforment en gamètes. Leur fécondation engendre un zygote, qui se différencie en oocyste dans le tube digestif du moustique. Les oocystes produisent des sporozoïtes, qui migrent vers les glandes salivaires du moustique. Un nouveau cycle peut alors commencer. Les rechutes tardives de paludisme observées lors d'infections par *P.vivax* et *P. ovale* sont dues à la possibilité pour ces espèces de subsister sous une forme latente ("hypnozoïte") dans la cellule hépatique de l'homme.

Cycle du parasite chez l'Anophèle et chez l'homme : [18]



4.2.5. Symptomatologie :

a) Incubation :

Elle est en moyenne de 14 jours pour *P. vivax* et *p ovale*, de 12 jours pour *P. falciparum* et de 30 jours pour *P. malariae*. Il n'y a pas de signes cliniques.

b) Accès fébrile typique :

L'accès palustre commence par un malaise, une anorexie accompagnée de vomissements, des maux de tête et une splénomégalie discrète. Cette phase d'invasion dure de 3 à 4 jours. Ensuite débute l'accès palustre proprement dit. Il est constitué de la succession de trois stades (frissons, chaleur, sueurs). L'accès typique débute par un frisson brutal et généralisé qui dure 1/2 heure, suivi de bouffées de chaleur annonçant la fièvre. A la sensation de chaleur succède une sensation de froid ; la température s'élève et dépasse 40 degrés, le pouls s'accélère accompagné de céphalée, de vertiges et de vomissements. La fièvre dure de 30 minutes à 3-6 heures, puis tombe et le patient transpire abondamment il est épuisé mais calme. La rate est grandie et douloureuse à la palpation.

On observe des différences dans le tableau clinique selon le plasmodium infectant :

-P. vivax et ovale : l'accès se produit tous les trois jours. On parle de fièvre tierce. Il peut y avoir des rechutes pendant 2 à 5 ans.

-P. falciparum : la périodicité est souvent atypique, le frisson est court et la fièvre prolongée. Il n'y a pas de rechute après avoir quitté la zone d'endémie. Il peut y avoir des complications. C'est le neuropaludisme (paludisme perniciosus). Il se produit si la charge parasitaire est élevée (plus de 10 % d'hématies parasitées) chez sujets non immuns (enfants, voyageurs). Il se caractérise par une encéphalopathie : fièvre élevée, troubles neurologiques, convulsions, coma, souvent hépatomégalie, insuffisance rénale, anémie, thrombopénie. L'évolution peut être fatale en quelques jours dans 30 % des cas. C'est une urgence diagnostic, le traitement doit être instauré le plus tôt possible.

-P. malariae : accès tous les quatre jours. On parle de fièvre quarte. La périodicité est souvent très régulière et l'évolution prolongée. Il peut y avoir des rechutes 10 à 20 ans après le premier accès.

c) Paludisme viscéral évolutif :

L'apparition de la chloroquino-résistance, l'inobservance fréquente de la prophylaxie et l'automédication en zone d'endémie sont responsables de l'apparition du paludisme viscéral évolutif. Les signes cliniques sont généralement frustrés et la gravité tient au retard diagnostic. Les symptômes sont limités à une anémie, une asthénie et une splénomégalie inexplicables. Pour les cas où le diagnostic est rapide, le traitement permet une sédation des symptômes et une normalisation des paramètres biologiques sans séquelles. Rarement, le paludisme viscéral évolutif peut être responsable d'une situation clinique plus précaire où la notion de terrain préalablement débilité revêt une importance toute particulière. [12]

4.2.6. Traitement :

4.2.6.1. Mesures préventives

La prévention est une composante majeure de la lutte contre le paludisme. Elle est axée sur le traitement préventif intermittent à la SP et la lutte anti vectorielle intégrée [9].

A) Traitement préventif intermittent à la SP :

Le médicament pour le traitement préventif intermittent (TPI) reste la Sulfadoxine Pyriméthamine(TPI). Le TPI doit être mis en œuvre à tous les niveaux du système de santé.

Des directives seront développées pour les groupes cibles : femmes enceintes et groupes spéciaux (sujets neufs, immunodéprimés, drépanocytaires).

La sulfadoxine pyriméthamine est gratuite chez la femme enceinte et doit être administrée sous observation directe (prise supervisée).

B) La lutte anti vectorielle intégrée :

La lutte anti vectorielle a pour but de réduire voire arrêté la transmission du paludisme.

Elle reposera essentiellement sur :

a) Lutte contre les vecteurs adultes

➤ Promotion des supports imprégnés d'insecticide :

Les moustiquaires imprégnées d'insecticide seront distribuées gratuitement aux femmes enceintes au cours de la Consultation Périnatale (1er contact) et aux enfants de moins de 5 ans après la vaccination anti rougeoleuse ou au cours de la consultation des enfants. Des mécanismes seront mis en place pour aller à la couverture universelle.

Ces moustiquaires devront être des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée de rémanence et porter une mention qui les distinguera de celles du commerce.

Pour permettre le passage à l'échelle de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, le partenariat entre le secteur privé, le secteur public et la société civile sera développé.

Des campagnes d'imprégnation/ré imprégnation de moustiquaires et rideaux seront organisées au niveau communautaire le plus périphérique là où existent déjà ces matériaux.

➤ **La pulvérisation intra domiciliaire**

La PID sera retenue comme l'une des composantes majeures de la lutte anti vectorielle.

Dans un premier temps, elle se fera sous forme d'un projet pilote qui servira de base pour le renforcement de capacités des structures du Ministère en PID.

Le passage à l'échelle sera envisagé après une évaluation de cette phase pilote.

Des dispositions réglementaires seront prises pour faciliter l'acquisition des produits insecticides dans l'optique de la décentralisation et la contractualisation des futures interventions.

b) Aménagement de l'environnement :

L'accent sera mis sur l'amélioration de l'habitat.

Il se fera avec une forte implication des collectivités décentralisées et de la société civile.

c) La lutte anti larvaire

L'accent sera mis sur la promotion de l'hygiène et de l'assainissement du milieu pour la destruction des gîtes larvaires.

La recherche opérationnelle sera encouragée dans ses composantes : biologique, chimique et génétique.

Des directives seront développées pour la détermination des intrants.

4.2.6.2. Prise en charge des cas

A) Le traitement du paludisme simple

La combinaison Artesunate + Amodiaquine (AS + AQ) et la combinaison Artemether+ Lumefantrine (AT + LU) sont retenues pour le traitement du paludisme simple, sur la base des résultats de recherches effectuées par le MRTC/DEAP sur les monothérapies et les combinaisons thérapeutiques[9].

Les CTA seront utilisés par le personnel de santé à tous les niveaux pour traiter les cas de paludisme simple. Le diagnostic biologique doit être fait (test de diagnostic rapide et ou microscopie) si possible avant l'administration des CTA. Pour faciliter la prise des médicaments les molécules retenues doivent être en combinaison fixe avec la mise à disposition de forme pédiatrique appropriée.

Pour assurer la sécurité des patients et garantir une adhésion durable au traitement, le plan national de pharmacovigilance sera élaboré et fortement appuyé.

Des stratégies seront développées pour la prise en charge au niveau communautaire.

Le TDR et le traitement seront offerts gratuitement aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes.

B) Le traitement du paludisme grave et compliqué

La quinine sera utilisée pour traiter les cas de paludisme grave et compliqué. Ces cas seront pris en charge après confirmation par le personnel de santé.

La prise en charge des cas de paludisme grave et compliqué chez les enfants de moins de 5 ans et la femme enceinte sera gratuite.

Tout cas de paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme grave et doit être traité avec la quinine. L'artemeter injectable peut être utilisé en cas d'intolérance à la quinine.

V. CADRE ET METHODE D'ETUDE

5.1. Cadre d'étude

La présente étude s'est déroulée en commune V du district de Bamako.

5.1.1. Présentation de la commune V

a) Historique de la commune V

La Commune V du district de Bamako est située sur la rive droite du fleuve Niger. Le territoire de la commune V dépendait du canton de Kalanbankoro (Commune de Kati). Ce n'est qu'après la deuxième guerre mondiale, qu'il a été placé par l'administration coloniale sous l'autorité des chefs coutumiers de Bamako [21].

L'ordonnance n°78-32/CMLN du 18 Août 1978 fixe le statut du district de Bamako, qui est à la fois une circonscription administrative de l'Etat au même niveau hiérarchique que la région et une collectivité décentralisée dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

La même ordonnance crée les six communes du district de Bamako.

b) Superficie et limites

La commune V couvre une superficie de 41,59 Km². Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger. Elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Sud Ouest par Kalanbankoro (cercle de Kati), à l'Est par la commune VI du district de Bamako.

c) Relief

Le relief de la Commune V est constitué dans sa grande majorité par un terrain plat. Cette configuration s'étend de la limite sud de Kalabancoura à Daoudabougou où elle laisse place à un plateau communément appelé colline de Badalabougou.

Ce plateau occupe le Nord, le centre, les cotés Sud et Est de Sabalibougou, le Nord et le Nord Est de Bacodjicoroni et en fin la partie de Badalabougou.

La pente naturelle du terrain est orientée du Sud au Nord. L'altitude ne dépasse nulle part les 600 mètres. Le point culminant est Garantiguibougou qui a 391 mètres d'altitude.

d) Géologie et pédologie

Le district repose sur un socle granitique gneissique et schisteux recouvert de sédiments de grès.

Le fleuve a entaillé plus ou moins profondément les schistes et granitoïdes du socle et la couverture sédimentaire. Les alluvions occupent le lit majeur du fleuve. Des dépôts récents comblent les dépressions du lit du fleuve après chaque crue. On distingue deux types de formations superficielles :

- les sols issus des phénomènes d'altération et de la latérisation ;
- les formations alluviales occupant les lits majeurs et mineurs du fleuve et ses affluents.

e) Hydrographie et végétation

Les formations végétales du plateau manding qui abrite le district et notamment la Commune V sont la savane et les forêts galeries jalonnant les cours d'eau. Elles sont sérieusement affectées par la coupe de bois pour les besoins domestiques avec les feux de brousse, les pâturages et la sécheresse.

Sur le plan hydrographique, la commune V bénéficie des eaux du fleuve Niger qui ceinturent dans sa partie Nord, renforcé par un affluent comme le Sogoniko.

f) Climat

De par sa situation 12° 40 de latitude Nord et 7° 59 de longitude Ouest, Bamako baigne dans un climat tropical soudanien. Comme les autres communes, la Commune V a un climat tropical soudanien qui se caractérise par l'alternance des deux saisons : la saison sèche longue allant de novembre à mai et une saison des pluies de juin à octobre centrée surtout sur le mois d'août.

Le cumul annuel des pluies se situe au dessus de 1000 mètres cubes. Les températures les plus basses sont enregistrées aux mois de décembre-janvier-Février (17° à 20° C). Les plus fortes températures sont enregistrées en avril et mai (38° à 40° C). L'amplitude thermique annuelle est assez élevée : 6 à 7° C.

L'harmattan et la mousson soufflent durant toute l'année. L'harmattan, vent chaud et sec souffle pendant la saison sèche du Nord-est vers le Sud-ouest, entraînant le plus souvent des particules de poussières ; la mousson du Sud-ouest vers le Nord-est de mai à octobre, océanique, chargée d'humidité, occasionne des pluies.

La Commune V est constituée de dix quartiers dont 5 lotis et viabilisés (Badalabougou, Sema I, Sema II, Quartier Mali, Torokorobougou), 3 lotis non viabilisés (Kalabancoura, Daoudabougou, Sabalibougou, Guarantiguibougou), 1 partiellement loti (Bacodjicoroni).

Pendant la saison sèche on note une forte migration de la population rurale vers Bamako notamment la commune V à la recherche d'emploi, de traitement médical ou de soutien financier.

g) **Données socio-démographiques**

La Commune V couvre une superficie de 41,59 km², avec un taux d'accroissement de 5,1 (DNSI, 1998). La densité de la population est de 7057 habitants au Km² avec une population estimée à 358533habitants en 2011.

Les ethnies dominantes sont les Bambara, les Soninké et les Peulh.

Elle représente 2,26% de la population du Mali et 18% de celle du district de Bamako. Le quartier le plus peuplé est Sabalibougou avec 85 310 habitants et le moins peuplé est la SEMA II secteur considéré comme quartier avec 3871 habitants en 2011. Les quartiers sont dirigés par des chefs de quartier regroupés au sein d'une coordination avec à sa tête un coordinateur.

h) Activités économiques

Les activités économiques de la commune V sont dominées par :

- le maraîchage et les plantations d'arbres ;
- l'élevage : extensif, concerne les bovins, ovins et caprins ;
- le commerce ;
- le transport en commun ;
- la petite industrie : il existe quelques unités industrielles alimentaires en Commune V.

i) Données socioculturelles

La structure sociale est constituée par la famille, le quartier et les groupements associatifs. Les familles sont de type généralement élargi en milieu rural aussi bien qu'urbain. La notion de nobles et d'hommes de caste est toujours présente dans la communauté.

La culture reste dominée par les mœurs et habitudes ancestrales (excision, circoncision, mariage traditionnel, lévirat, sororat, cérémonies rituelles).

L'Islam, le christianisme et l'animisme sont les principales religions qui se côtoient dans la commune.

j) Voies de communication routières

Les principales voies de communication se composent de trois grandes autoroutes que sont :

- l'autoroute allant du pont Fahd à l'aéroport international de Bamako Sénou
- l'autoroute allant du pont Fahd à Kalabancoro
- l'autoroute allant du pont des Martyrs à la tour de l'Afrique

Le transport est assuré par des véhicules de type personnel, collectif, des cyclomoteurs etc.

Le centre de santé (service socio-sanitaire) de la commune a été construit en 1982 avec un plateau technique minimal pour assurer les activités courantes de santé.

Ce n'est qu'en 1993 en réponse à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du gouvernement de la république du Mali que le centre de santé a été érigé en Centre de Santé de Référence.

Le centre de santé de référence de la commune V à l'instar des centres de santé de référence de cercle est un établissement public de soins ayant pour mission de participer à la mise en œuvre de la politique nationale de santé du gouvernement du Mali.

A ce titre, il est chargé de :

- assurer la prévention, le diagnostic, et la prise en charge des maladies courantes et des maladies cibles prioritaires ;
- assurer la prise en charge des maladies et la protection du couple mères enfants ;
- assurer la prise en charge des urgences et des références/évacuations des centres de santé communautaires ;
- assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de la santé ;
- conduire des travaux de recherche dans le domaine de la santé ;
- appuyer à la mise en place des structures communautaires ;
- assurer les missions de supervision, monitoring, surveillance épidémiologique,
- coordonner et suivre toutes les activités sanitaires du district sanitaire.

Le district sanitaire de la commune V comprend un Csref, des CSCOM, la PMI de Badalabougou, des cliniques privées et des cabinets de soins. Les structures existantes sont au nombre de quarante neuf (49).

Dans le cadre de la prise en charge gratuite du paludisme en commune V, en dehors du Csref, tous les CSCOM et la PMI de Badalabougou font cette prise en charge et le suivi des malades sous traitement.

La commune est dotée de quatorze aires de santé ayant chacune une association de santé communautaire (ASACO) dont dix fonctionnelles.

Tableau I : répartition des ASACO suivant les dates de création

ASACO	Date de création
ASACODA	15/12/1992
ASACOGA	15/12/1992
ASCOMBACODJI	15/12/1993
ASACOKAL	15/12/1994
ASACOSAB1	15/12/1994
ASACOSAB2	15/12/1994
ADASCO	15/12/1995
ASACOTOQUA	15/12/1997
ASACOSAB3	01/11/2001
ASCODA	01/02/2011

5.2. Méthode d'étude

5.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive.

5.2.2. Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 15 Janvier au 28 Février 2012.

5.3. Population d'étude

L'étude a concerné les mères d'enfants de 0 à 59 mois vivant en commune V du district de Bamako depuis 6 mois et plus.

5.3.1. Critère d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude, toute femmes ayant un enfant de 0 à 59 mois vivant en commune V depuis de 6 mois et plus et qui ont accepté de participer à l'étude.

5.3.2. Critère de non inclusion

Ont été exclues de notre étude, toutes femmes ayant un enfant de plus de 59 mois ainsi que toutes celles et qui n'ont pas accepté de participer à l'étude.

5.4. Taille de l'échantillon

Dans notre étude, pour déterminer la taille de l'échantillon, nous avons utilisé la formule suivante :

$$n = \frac{(Z_{\alpha})^2 p x q}{i^2} \times g$$

n = taille de l'échantillon

$Z_{\alpha} = 1,96$ (écart réduit pour un α de 0,05)

p = proportion globale de femmes qui utilisent la moustiquaire imprégnée d'insecticide [17].

q = 1- p

i = la précision souhaitée qui est de 10% pour notre étude.

g : est l'effet de grappe. Ici, g =2

$$n = \frac{(1,96)^2 \times (0,42 \times 0,58)}{(0,1)^2} \times 2 = 187$$

5.5. Echantillonnage

5.5.1. Méthode : Nous avons utilisé une méthode probabiliste pour le choix des mères d'enfants de 0 à 59 mois.

5.5.2. Technique :

Nous avons utilisé la technique d'échantillonnage en grappe à plusieurs degrés.

- a) Nous avons établi la liste nominative des 10 quartiers de la commune V.

Après nous avons estimé le pourcentage d'enfant de 0 à 59 mois de chaque quartier (20%)

- b) Pour avoir l'effectif cumulé, on a ajouté la population d'un premier quartier à celle d'un second et ainsi de suite jusqu'à obtenir l'effectif cumulé total de l'ensemble de la commune V.

Nous avons pris 30grappes (Méthode OMS).

Le tableau ci-dessous présente les quartiers de la commune V, leurs populations, le pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois et les effectifs cumulés.

Tableau II : répartition de la population totale par quartier, pourcentage d'enfants ainsi que les effectifs cumulés des enfants de 0 à 59 mois

N°	Quartier	Population générale 2011	Enfants de 0 - 59 mois (20% de pop totale)	Pop cumulée des enfants de 0 -59 mois
1.	Baco Djicoroni	53550	10710	10710
2.	Torokorobougou	27336	5467	16177
3.	Quartier Mali	15147	3029	19207
4.	Daoudabougou	78530	15706	34913
5.	Garantiguibougou	3470	694	35607
6.	Kalaban coura	64240	12848	48455
7.	Badalabougou Sema I	4937	987	49442
8.	Sabalibougou	85310	17062	66504
9.	Badalabougou Sema II	3871	774	67278
10.	Badalabougou	22163	4433	71711
	Total commune	358 553	71711	

c) Pour avoir le pas de sondage, on a divisé la population cumulée par le nombre de grappe ($71711 / 30$), ce qui a donné un chiffre de 2390.

d) Nous avons tiré au hasard un chiffre compris entre 0 et 2390. En procédant ainsi nous avons obtenu le chiffre 1230. Ce chiffre correspond à la première grappe (1230). Puis nous avons ajouté à ce chiffre le pas de grappe pour le choix de la deuxième grappe et ainsi de suite jusqu'à atteindre les 30 grappes à retenir.

Le tableau ci-dessous présente les quartiers, les populations cumulées et les grappes.

Tableau III : populations cumulées et nombre de grappe par quartier

N°	Quartier	Population cumulée des enfants de 0 -59 mois	Nombre de grappes par quartier
1.	Baco Djicoroni	10710	4
2.	Torokorobougou	16177	3
3.	Quartier Mali	19207	1
4.	Daoudabougou	34913	7
5.	Garantiguibougou	35607	0
6.	Kalaban coura	48455	5
7.	Badalabougou Sema I	49442	1
8.	Sabalibougou	66504	7
9.	Badalabougou Sema II	67278	0
10.	Badalabougou	71711	2
	Total commune		30

d) Pour choisir la première concession, l'enquêteur se place au niveau du marché et il fait tourner un crayon dont le bout indique la direction à prendre. Il numérote toutes les concessions se trouvant dans cette direction ; puis tire au hasard la première concession dans laquelle toute mère remplissant le critère d'inclusion est enquêtée.

Pour avoir la taille par quartier nous avons divisé la taille de l'échantillon par le nombre total de grappes (187/30) ce qui nous donne 6,23 par grappe.

Ensuite nous avons multiplié ce nombre par le nombre de grappe de chaque quartier ; ce qui est représenté sur le tableau ci-dessous

Tableau IV : Quartiers retenus, nombre de grappes et taille par quartier :

Quartier retenus	Nombre de grappes par quartier	Taille par quartier
Baco Djicoroni	4	25
Torokorobougou	3	19
Quartier Mali	1	6
Daoudabougou	7	44
Kalaban coura	5	31
Badalabougou Sema I	1	6
Sabalibougou	7	44
Badalabougou	2	12
Total	30	187

5.6. Les variables : les variables étudiées sont :➤ **Caractéristiques socio démographiques**

- âge (année) ;
- ethnie ;
- profession ;
- résidence ;
- niveau d'instruction (primaire, secondaire, supérieur, aucun) ;
- statut matrimonial.

➤ **Connaissances sur le paludisme** :

- mode de transmission (piqûre de moustique) ;
- signes du paludisme simple (fièvre frissons, diarrhées, refus de manger ou de téter irritabilité) ;
- signes de gravité du paludisme (coma, convulsion, détresse respiratoire, prostration, ictère) ;
- mesures préventives (moustiquaire imprégnée, spray anti moustique, serpentins) ;

- les facteurs favorisant le développement des moustiques (insalubrité, pauvreté, eau stagnante).

➤ **Sources d'information**

- radio ;
- télévision ;
- causerie ;

➤ **Facteurs socio culturels**

- croyance (mode de pensée sur le paludisme)
- religion ;
- perception.

➤ **Attitudes et pratiques :**

- type de recours (centre de santé, guérisseurs, plantes médicinales automédication) ;
- utilisation des mesures préventives (moustiquaire imprégnée, serpentins, spray anti moustiques) ;
- type de médicaments utilisés (anti pyréthrique antipaludéen, antibiotique médicaments traditionnels) ;

-Aspects opérationnels

Pour déterminer le niveau de connaissance nous avons procédé de la manière suivante :

- pour les signes du paludisme simple nous avons retenu six(6) signes (fièvre ; vomissement ; frissons, transpirations ; irritabilité ; diarrhée) qui ont été opérationnalisés comme suit :

Bonne connaissance : si la femme donne 6 à 3 bonnes réponses c'est-à-dire de 100% à 50%.

Faible connaissance : si les réponses données par la femme sont inférieures à 3 c'est-à-dire 50%

- Pour le paludisme grave nous avons retenu cinq signes (convulsion ; coma ; ictère ; détresse respiratoire ; prostration) qui ont été opérationnalisés comme suit :

Bonne connaissance : si la femme donne de 5 à 3 bonnes réponses c'est à dire de 100% à 60%.

Faible connaissance si les réponses données par la femme sont inférieures à 3 c'est-à-dire 60%.

- Pour les mesures préventives nous avons retenu quatre mesures (moustiquaire imprégnée ; spray anti moustique ; serpentins ; assainir l'environnement) qui ont été opérationnalisées comme suit :

Bonne connaissance : si la femme donne de 4 à 2 réponses c'est-à-dire de 100 à 50%

Faible connaissance : si les réponses données par la femme sont inférieures à 2 c'est à dire à 50%

5.7. Techniques et collecte des données

Pour cette étude, l'entretien individuel avec comme outil, le guide d'entretien a été utilisé pour collecter les données.

5.8. Traitement et analyse des données :

Les données recueillies ont été codifiées, dépouillées manuellement, traitées et analysées par le logiciel SPSS 5 version 19

Les tableaux et le traitement de texte ont été réalisés par le logiciel Word 2007.

Le test du Chi^2 de Pearson a été utilisé pour les analyses statistiques uni variées. Les associations avec $p < 0,05$ seront considérées comme statistiquement significatives.

5.9. Aspect éthique :

Notre étude a tenu compte de la dimension humaine notamment le respect de la dignité, la confidentialité et l'anonymat. Les enquêtées ont été informées sur le but de l'enquête et le guide d'entretien a été administré après l'obtention du consentement éclairé de la personne à

enquêter.

Avantage de l'étude :

Notre étude a permis de mieux déterminer les connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0 à 59 mois ainsi que de mieux comprendre les facteurs influençant leurs attitudes et pratiques afin d'améliorer la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 59 mois .

Inconvénient de l'étude :

L'étude ne présente aucun risque physique ou moral pour les personnes enquêtées. Le seul inconvénient est le temps perdu pour répondre aux questions.

VI. RESULTATS

L'enquête a concerné 187 mères d'enfants de 0 à 59 mois dans la commune V du district de Bamako. Les résultats sont présentés par objectif.

6.1. Caractéristiques sociodémographiques des mères

Les caractéristiques sociodémographiques concernent: l'âge, le niveau d'instruction, le statut matrimonial et la profession.

Tableau I : Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon l'âge, le niveau d'instruction, le statut matrimonial et la profession

Caractéristiques	Fréquence (n=187)	Pourcentage
Age (en année)		
15-25 ans	62	33,2%
26 -35 ans	98	52,4%
36 -45 ans	27	14,4%
Niveau d'instruction		
Primaire	49	26,2%
Secondaire	42	22,5%
Supérieur	22	11,8%
Aucun	74	39,6%
Statut matrimonial		
Marié	154	82,4%
Célibataire	24	12,8%
Divorcée	4	2,1%
Veuve	5	2,7%
Profession		
Ménagère	106	56,7%
Fonctionnaire	35	18,7%
Commerçante	21	11,2%
Etudiante	17	9,1%
Agent de santé	8	4,3%

Parmi les mères enquêtées, 52,4% avaient l'âge compris entre 26-35 ans avec des extrêmes allant de 15 à 45ans.

L'âge moyen était de 28 ans avec un écart type de 6,62

Il y a 39,6% des mères enquêtées qui n'avaient aucun niveau d'instruction ; 82,4% étaient mariées et 56,7% des ménagères.

Tableau II : Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon l'ethnie et la religion

Caractéristiques	Fréquence(n=187)	Pourcentage
Ethnie		
Bambara	62	33,2%
Peulh	29	15,5%
Sarakolé	27	14,4%
Malinké	16	8,6%
Dogon	14	7,5%
Sonrhäï	12	6,4%
Bozo	9	4,8%
Senoufo	8	4,3%
Minianka	4	2,1%
Bobo	4	2,1%
Maure	2	1,1%
Religion		
Musulmane	163	87,2%
Chrétienne	21	11,2%
Autres	3	1,6%

Parmi les mères enquêtées, l'ethnie Bambara représente 33,2% ; 87,2% étaient de religion musulmane.

6.2. Connaissance des mères d'enfants de 0 à 59 mois sur le paludisme

Pour le nom local du paludisme, 100% des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées ont cité « Soumaya ».

Tableau III : Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon leur connaissance sur les signes du paludisme simple

Signes du paludisme simple	Fréquence (n=187)	Pourcentage
Fièvre+ vomissement	37	19,8 %
Fièvre+vomissement+refus de téter ou de manger	33	17,6%
Fièvre+vomissement+irritabilité+refus de téter ou de manger	21	11,2%
Fièvre +vomissement+diarrhée	16	8,6%
Fièvre+vomissement+diarrhée+refus de téter ou de manger	10	5,3%
Fièvre+vomissement+frissons, transpiration	7	3,7%
Fièvre	6	3,2%
Fièvre+vomissement+frissons, transpiration+ irritabilité+refus de téter ou de manger	6	3,2%
Fièvre+vomissement+irritabilité	5	2,7%
Fièvre+vomissement+irritabilité+diarrhée	5	2,7%
Autres	41	21,9%

*Autres : Vomissement+irritabilité+frissons transpiration.

Pour les signes du paludisme simple, 19,8% des mères associent les signes suivants : La fièvre+ les vomissements.

Tableau IV : Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon leur connaissance sur les signes du paludisme grave

Signes du paludisme grave	Fréquence (n=187)	Pourcentage
Convulsion+ictère	43	23,0%
Ictère	28	15,0%
Prostration	18	9,6%
Coma	17	9,1%
Convulsion	14	7,5%
Convulsion+coma+ictère	14	7,5%
Convulsion+coma	9	4,8%
Convulsion+prostration	8	4,3%
Ictère+détresse respiratoire	6	3,2%
Autres	30	16,0%

*Autres : Ictère+coma+ prostration.

Pour les signes du paludisme grave, 23,0% des mères associent les signes suivants : convulsion + ictère.

Tableau V : Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon les causes du paludisme cités

Causes possibles du paludisme	Fréquence (n=187)	Pourcentage
Piqûre de moustique	58	31,0%
Piqûre de moustique+consommation d'aliments gras	42	22,5%
Piqûre de moustique+eaux stagnantes	28	15,0%
Piqûre de moustique+consommation d'aliments gras+eaux stagnantes	24	12,8%
Eaux stagnantes	8	4,3%
Autres	27	14,4%

*Autres : eaux stagnantes+ insalubrité+ consommation d'aliments gras.

Pour les causes du paludisme, 31,0% ont cités la piqûre de moustique.

Tableau VI : Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon le niveau de connaissance des signes du paludisme simple chez l'enfant

Niveau de connaissance	Fréquence	Pourcentage
Bonne connaissance	128	68,44%
Faible connaissance	59	31,56%
Total	187	100,0%

Parmi les mères enquêtées, 68,44% avaient une bonne connaissance des signes du paludisme simple chez l'enfant

Tableau VII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon le niveau de connaissance des signes du paludisme grave chez l'enfant

Niveau de connaissance	Fréquence	Pourcentage
Bonne connaissance	26	13,9%
Faible connaissance	161	86,1%
Total	187	100,0%

Parmi les mères enquêtées, 86,1% avaient une faible connaissance des signes du paludisme grave chez l'enfant.

Tableau VIII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon leur connaissance sur les moyens de prévention du paludisme

Moyens de prévention	Fréquence (n=187)	Pourcentage
Moustiquaire imprégnée	73	39,0%
Moustiquaire imprégnée+serpentins	29	15,5%
Moustiquaire imprégnée+utilisation de spray anti moustique+assainir l'environnement+serpentins	16	8,6%
Moustiquaire imprégnée+utilisation de spray anti moustique	14	7,5%
Moustiquaire imprégnée+assainir l'environnement	13	7,0%
Utilisation de spray anti moustique	12	6,4%
Moustiquaire imprégnée+utilisation de spray anti moustique+serpentins	12	6,4%
Serpentins	9	4,8%
Moustiquaire imprégnée+utilisation de spray+assainir l'environnement	7	3,7%
Autres	1	0,5%
Total	187	100,0%

*Autres : Pulvérisation

Parmi les mères enquêtées, 39,0% connaissaient la moustiquaire imprégnée seule comme moyen de prévention du paludisme.

Tableau IX : Répartition des mères selon la connaissance du nombre de moyens de prévention

Nombre de moyens de prévention	Fréquence	Pourcentage
Un moyen	94	50,2%
Deux moyens	57	30,4%
Trois moyens	20	19,2%
Quatre moyens	16	
Total	187	100,0%

Parmi les mères enquêtées, 50,2% connaissaient seulement un moyen de prévention.

Tableau X: Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon le niveau de connaissance des moyens de prévention du paludisme

Niveau de connaissance	Fréquence	Pourcentage
Bonne connaissance	93	49,8%
Faible connaissance	94	50,2
Total	187	100,0%

Parmi les mères enquêtées, seulement 49,8% avaient une bonne connaissance des moyens de prévention du paludisme.

Tableau XI : Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon la connaissance des facteurs qui favorisent la reproduction des moustiques

Facteurs	Fréquence (n=187)	Pourcentage
Insalubrité+eaux stagnantes	52	27,8%
Insalubrité	38	20,3%
Insalubrité+pauvreté	23	12,3%
Eaux stagnantes	22	11,8%
Pauvreté+eaux stagnantes	22	11,8%
Pauvreté	17	9,1%
Insalubrité+pauvreté+eaux stagnantes	10	5,3%
Autres	3	1,5%
Total	187	100,0%

*Autres : Mauvaise herbe

Parmi les mères enquêtées, 27,8% ont évoqué l'insalubrité + les eaux stagnantes comme facteur favorisant la reproduction des moustiques.

Tableau XII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon la connaissance des groupes à risque du paludisme

Groupes à risque	Fréquence (n=187)	Pourcentage
Enfants+ femme enceinte	108	57,8%
Enfants +femme enceinte+adulte	28	15,0%
Enfants+adulte	25	13,4%
Enfants	17	9,1%
Adulte	5	2,7%
Femme enceinte	2	1,1%
Autres	2	1,1%
Total	187	100,0%

*Autres : Adultes + vieilles personnes

Parmi les mères enquêtées, 57,8% ont cité en même temps les femmes enceintes et les enfants comme les groupes à risques du paludisme.

Tableau XIII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon les sources d'informations et l'accès à la télévision et la radio

Variables	Fréquence (n=187)	Pourcentage
Sources d'informations		
Radio+télévision	30	16,0%
Radio+télévision+centre de santé	30	16,0%
Causerie+radio+télévision	19	10,2%
Causerie+radio+centre de santé	19	10,2%
Causerie+radio+télévision+centre de santé	19	10,2%
Causerie+radio	14	7,5%
Télévision+centre de santé	12	6,4%
Radio	11	5,9%
Télévision	9	4,8%
Radio+centre de santé	8	4,3%
Causerie	6	3,2%
Autres	10	5,3%
Total	187	100,0%

*Autres : Causerie+ radio+ centre de santé

Il y a 16% des mères enquêtées qui avaient comme sources d'information: la causerie+la radio+ la télévision le centre de santé.

6.3. Attitudes et pratiques en cas de paludisme

Tableau XIV: Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon la personne qui décide de ce qui doit être fait en cas de survenue du paludisme.

Personne qui décide	Fréquence (n=187)	Pourcentage
Père	82	43,9%
Mère	55	29,4%
Père+mère	46	24,6%
Autres personnes	4	2,1%
Total	187	100,0% %

Parmi les mères enquêtées, 43,9% ont affirmé que c'est le père qui décidait de ce qui doit être fait en cas de survenue du paludisme.

Tableau XV : Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon les différents recours en cas de paludisme simple chez leurs enfants

Recours en cas de paludisme	Fréquence (n=187)	Pourcentage
Recours au centre de santé	100	53,5%
Administration de plantes traditionnelles+recours au centre de santé	33	17,6%
Administration de plantes traditionnelles	19	10,2%
Recours au centre de santé+administration de médicaments modernes	11	5,9%
Recours aux guérisseurs	5	2,7%
Administration de plantes traditionnelles+administration de médicaments modernes	5	2,7%
Autres	14	7,4%
Total	187	100%

Autres : Administration de médicaments modernes+ recours aux guérisseurs+ plantes traditionnelles

Il y a 53,5% des mères enquêtées qui avaient recours au centre de santé en cas de paludisme simple chez leurs enfants.

Tableau XVI : Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon les raisons du recours au centre de santé

Raisons du recours au centre de santé	Fréquence	Pourcentage
Meilleure prise en charge	132	70,6%
Meilleure prise en charge+ cout accessible	27	14,4%
Cout accessible	25	13,4%
Autres	3	1,5%
Total	187	100%

Autres :

Parmi les mères enquêtées, 70,6% ont évoquées comme raisons du recours au centre de santé en cas de paludisme simple : meilleure prise en charge.

Tableau XVII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon le type de médicaments administrés en automédication

Médicaments	Fréquence	Pourcentage
Chloroquine	10	5,3%
Paracétamol	6	3,2%
CTA	6	3,2%
Paracétamol+chloroquine	2	1,1%

Parmi les mères enquêtées, 5,3% donnait comme médicament moderne la chloroquine.

Tableau XVIII : Moment de la prise en charge

Moment de la prise en charge	Effectifs	Pourcentage
Des l'apparition des symptômes	165	88,2%
24 H après convulsion	22	11,8%
Total	187	100,0%

88,2% des mères débutent la prise en charge des l'apparition des premiers symptômes.

Tableau XIX : Répartition des mères d'enfants de 0 à 59 mois enquêtées selon l'utilisation de mesures préventives

Mesures préventives utilisées	Fréquence	Pourcentage
Moustiquaire imprégnée	58	31,0%
Moustiquaire imprégnée+serpentins	39	20,9%
Chimio prophylaxie par les médicaments modernes	20	10,7%
Moustiquaire imprégnée+spray anti moustique	14	7,5%
Moustiquaire imprégnée+spray anti moustique+serpentins	12	6,4%
Moustiquaire imprégnée+assainir l'environnement	11	5,9%
Moustiquaire imprégnée+assainir l'environnement+spray anti moustique+serpentins	10	5,3%
Moustiquaire imprégnée+assainir l'environnement+spray anti moustique	9	4,8%
Autres	14	7,4%
Total	187	100,0%

*Autres: serpentins+pulvérisation+ moustiquaire imprégnée

Parmi les mères enquêtées, 31% utilisaient la moustiquaire imprégnée pour prévenir le paludisme.

Tableau XX : Répartition des mères selon le nombre de mesures préventives utilisées

Nombre de mesures préventives utilisées	Fréquence	Pourcentage
Une mesure	87	46,5%
Deux mesures	69	36,8%
Trois mesures	31	16,5%
Total	450	100,0%

Parmi les mères enquêtées, 46,5% utilisaient une seule mesure préventive:

Tableau XXI : Pratique du ré imprégnation de la moustiquaire imprégnée

Ré imprégnation	Effectifs	Pourcentage
Non	157	84,0%
Oui	30	16,0%
TOTAL	187	100,0%

Il y a 84% des mères qui ne pratiquent pas la ré imprégnation des moustiquaires

Tableau XXII: Raison de la ré imprégnation de la moustiquaire

Raison	Effectifs	Pourcentage
Renforce l'efficacité	24	12,8%
Longévité	6	3,2%
Total	30	16%

Parmi les mères qui pratiquent la ré imprégnation 12,8% ont affirmé pratiquer la ré imprégnation parce qu'elle renforce l'efficacité.

Tableau XXIII : Raison de la non imprégnation de la moustiquaire :

Raison	Effectifs	Pourcentage
Ne maîtrise pas la technique	82	43,9%
Méconnaissance	65	34,8%
Autres	10	5,3%
Total	157	84,0%

Parmi les mères qui ne pratiquent pas la ré imprégnation de la moustiquaire 43,9% ont affirmé qu'elles ne maîtrisent pas la technique.

Tableau XXII : Notion de dormir sous moustiquaire imprégnée la nuit ayant précédé l'enquête :

	Effectifs	Pourcentage
Oui	139	74,3%
Non	48	25,7%
Total	187	100%

74,3% des mères ont affirmé avoir dormi sous moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête ;

Tableau XXIV : Nombre de membre de la famille ayant dormi sous moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête :

	Effectifs	Pourcentage
Tous	147	78,6%
Aucun	40	21,4%
Total	187	100,0%

78,6% des mères ont affirmé que tous les membres de leur famille ont dormi sous moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête :

Tableau XXV : Pratique de la prévention de la fièvre :

Prévention de la fièvre	Effectifs	Pourcentage
Oui	99	53%
Non	88	47,1%
Total	187	100,0%

53% faisaient la prévention de la fièvre chez leur enfant.

Tableau XXVI : Moyen de prévention de la fièvre utilisée :

Moyen	Effectifs	Pourcentage
Antipyrétiques	43	23,0%
Administrations de plantes médicinales	23	12,3%
Antibiotiques	19	10,2%
Antipaludéen	5	2,7%
Autres	6	3,2%
Total	96	51,3%

Parmi les mères qui font de la prévention de la fièvre 23% utilisent des antipyrétiques ; 13,3% utilisent des plantes médicinales ; 10,2% utilisent des antibiotiques.

6.4. Facteurs influençant les connaissances les attitudes et les pratiques :**Tableau XXXVII :** Connaissances de signes du paludisme simple ; du paludisme grave et compliqué et de la cause du paludisme en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Connaissance des signes du paludisme simple		Total	P
	Bonne	Faible		0,000
15-25 ans	32	31	63	
> 25 ans	96	28	124	
Total	128	59	187	
	Connaissance des signes du paludisme grave et compliqué			0 ,267
	Bonne	Faible		
15-25 ans	6	57	63	
> 25 ans	20	104	124	
Total	26	161	187	
	Connaissance de la cause du paludisme			0,316
	OUI	NON		
15-25 ans	23	40	63	
> 25 ans	35	89	124	
Total	58	129	187	

Parmi les enquêtées, 96 mères âgées de plus de 25 ans ont une bonne connaissance des signes du paludisme simple contre 32 mères âgées de 15-25 ans.

Il y a seulement 20 mères âgées de 15-25 ans qui ont une bonne connaissance des signes du paludisme grave et compliqué contre seulement 6 mères âgées de plus de 25ans.

Il y a 35 mères 15-25ans qui connaissent la cause réelle du paludisme contre 23 mères âgées de plus de 25ans.

Tableau XXVII : Répartition des enquêtées selon le recours au centre de santé ; l'utilisation des moyens de prévention et la pratique de la prévention de la fièvre en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Recours au centre de santé	au centre de	Total	P
	OUI	Non		0,090
15-25 ans	39	24	63	
> 25 ans	60	64	124	
Total	99	88	187	
Utilisation des moyens de préventions du paludisme				
	OUI	NON		0,133
15-25 ans	53	10	63	
> 25 ans	114	10	124	
Total	167	20	187	
Pratique de la Prévention de la fièvre				
	OUI	NON		0,090
15-25 ans	27	36	63	
> 25 ans	70	54	124	
Total	97	90	187	

Parmi les enquêtées, 60 mères âgées de plus de 25 ans ont recours au centre de santé contre 39 mères âgées de 15-25 ans.

Il y a 114 mères âgées de plus de 25 ans qui utilisent les moyens de prévention contre 53 mères de 15-25 ans.

Il y a 70 mères âgées de plus de 25 ans qui pratiquent la prévention de la fièvre chez leur enfant contre 27 mères de 15-25 ans.

Tableau XXIX : Connaissances des mères en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Connaissance des signes du paludisme simple		Total	P
	Bonne	Faible		0,424
Instruites	80	33	113	
Non instruites	48	26	74	
Total	128	59	187	
	Connaissance des signes du paludisme grave		7	
	Bonne	Faible		0,008
Instruites	22	91	113	
Non instruites	4	70	74	
Total	26	161	187	
	Connaissance de la cause du paludisme			0,419
	OUI	NON		
Instruites	38	75	113	
Non instruites	20	54	74	
Total	58	129	187	

Parmi les enquêtées 80 mères instruites ont une bonne connaissance des signes du paludisme simple contre 48 mères non instruites.

Il y a 22 mères instruites qui ont une bonne connaissance des signes du paludisme grave et compliqué contre seulement 4 mères non instruites.

Il y a 38 mères instruites qui connaissent la cause réelle du paludisme contre 20 mères non instruites.

Tableau XXX : Répartition des mères selon le recours l'utilisation des moyens de prévention et la pratique de la prévention de la fièvre en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Recours au centre de santé		Total	P
	OUI	NON		0,001
Instruites	71	42	113	
Non instruites	28	46	74	
Total	99	88	187	
	Utilisation des moyens de préventions du paludisme			
	OUI	NON		0,152
Instruites	104	9	113	
Non instruites	63	11	74	
Total	167	20	187	
	Pratique de la prévention de la fièvre			
	OUI	NON		0,016
Instruites	67	46	113	
Non instruites	30	44	74	
Total	30	157	187	

Parmi les enquêtées 71 mères instruites ont recours au centre de santé en cas de paludisme chez leur enfant contre 28 mères non instruites.

Il y a 104 mères instruites qui utilisent les moyens de prévention contre 63 mères du niveau du primaire.

Il y a 67 mères instruites qui pratiquent la prévention de la fièvre contre 30 mères non instruites

Tableau XXI : Connaissances des mères en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Connaissance des signes du paludisme simple		Total	P
	Bonne	Faible		
Mariées	102	52	154	0,216
Célibataires	26	7	33	
Total	128	59	187	
	Connaissance des signes du paludisme grave			
	Bonne	Faible		1
Mariées	22	132	154	
Célibataires	4	29	33	
Total	26	161	187	
	Connaissance de la cause du paludisme			
	OUI	NON		1
Mariées	48	106	154	
Célibataires	10	23	33	
Total	58	129	187	

Parmi les mères 102 mariées ont une bonne connaissance des signes du paludisme simple contre 26 chez les célibataires.

Il y a 22 mères mariées qui ont une bonne connaissance des signes du paludisme grave contre 4 mères célibataires.

Il y a 48 mères mariées qui connaissent la cause réelle du paludisme contre 10 célibataires.

Tableau XXXII : Répartition des mères selon le recours au centre de santé ; l'utilisation des moyens de prévention et la pratique de la prévention de la fièvre.

Statut matrimonial	Recours au centre de santé		Total	P
	OUI	NON		0,007
Mariées	89	65	154	
Célibataires	10	23	33	
Total	99	88	187	
	Utilisation des moyens de préventions du paludisme			0,011
	OUI	NON		
Mariées	142	12	154	
Célibataires	25	8	33	
Total	167	20	187	
	Pratique de la prévention de la fièvre			0,848
	OUI	NON		
Mariées	79	75	154	
Célibataires	18	15	33	
Total	97	90	187	

Parmi les mères 89 mariées ont recours au centre de santé contre 10 célibataires.

Il y a 142 mariées qui utilisent les moyens de prévention contre 25 célibataires.

Il y a 79 mariées qui pratiquent la prévention de la fièvre chez leurs enfants contre 18 célibataires.

VII. DISCUSSION

7.1. Caractéristiques sociodémographiques des mères

- **Age des mères** : l'âge variait de 15-45 ans et la tranche d'âge de 26-35 ans était la plus représentée avec 52,4% et une moyenne de 28 ans. Ces résultats sont similaires à ceux de Seck I, Fall I S, Faye A et coll. [10] qui ont trouvé dans une étude dans le district de Ponponguine au Sénégal que l'âge était compris entre 15 et 45 ans avec une moyenne de 28 ans.

- **Niveau d'instruction** : dans notre étude, plus de la majorité des mères enquêtées (60,5%) étaient instruites, 26,2% du niveau primaire, 22,5% du niveau secondaire et 11,8% du niveau du supérieur et seulement 39,6% étaient non instruites.

Ces résultats sont semblables à ceux trouvés par Edouard K. Déti, Joseph Flénon, Théophile Zohoun et coll. [22] au Togo qui étaient de 38% d'analphabète et 19% avaient atteint le niveau secondaire.

Kniffo et al [15] ont trouvé dans une étude au sud est du Bénin que 95% des mères sont analphabètes. Cette différence s'explique par le fait que notre étude a été réalisée en milieu urbain d'où un taux élevé de scolarisation.

- **Statut matrimonial et profession** : Au cours de notre étude, la majorité des enquêtées (82,4%) étaient mariées et plus de la moitié 56,7% étaient des ménagères.

Ces résultats sont proches de ceux de Mahamane A. [24]. qui a trouvé dans une étude dans le village de Sotuba 80,5% de mariées et 59,6% de ménagères.

Seck I, Fall I S, Faye A et coll. [10] ont trouvé que 75,9% des enquêtées étaient mariées et 26,6% étaient des commerçantes.

Le mariage précoce est très répandu en Afrique et constitue le plus souvent la principale cause de déscolarisation des filles.

7.2. Connaissances des mères sur le paludisme

- Connaissance des signes du paludisme

Dans notre étude, pour le paludisme simple, 19,% des mères ont associées les signes suivants : fièvre ; vomissements ; 17,6% ont cité fièvre, vomissement et refus de manger. Les 68% avaient une bonne connaissance et 32% ont une faible connaissance des signes du paludisme simple. Ces signes concordent avec ceux du PNLP.

Kniffo et al [15] ont trouvé au Bénin ont trouvé cinq (5) principaux signes cités par les mères. Il s'agit de la fièvre (95,3%), de la fatigue (38%), des vomissements (24,1%), des frissons (17,2%) et les maux de tête ou céphalées (12,4%).

Seck I, Fall I S, Faye A et coll. [10] ont trouvé 81,1% des mères avaient une bonne connaissance du signe classique du paludisme simple.

Pour les signes du paludisme grave, 23,0% ont associé les signes suivants : coma et convulsion.

Les 67,3% avaient une faible connaissance tan disque seulement 32,7% avaient des connaissances élevées des signes du paludisme grave.

Ces résultats sont semblables à ceux de Kniffo et al [15] qui ont trouvé que seulement 27% des mères avaient une bonne connaissance des signes du paludisme grave mais inférieurs à ceux de Edouard K. Déti, Joseph Flénon, Théophile Zohoun et coll. [22] qui ont trouvé que 53% des mères ont un niveau de connaissance élevé du paludisme.

- Connaissance sur les causes du paludisme

Les piqûres de moustiques ont été citées par 31% et 22,5% ont cité piqûre de moustiques et aliments gras. Les autres ont cité la piqûre de moustique associée à 1 à 3 causes erronées : aliments gras, humidité et sorciers diables comme causes possibles du paludisme.

Kniffo et al [15] ont trouvé 26 % des mères qui attribuent la cause du paludisme à la piqure de moustique.

Seck I, Fall I S, Faye A et coll. [10] au Sénégal ont trouvé que 82, 2% ont cité la piquêre de moustique comme cause du paludisme

Coulibaly I [25] a trouvé seulement 12% des mères qui citent exclusivement la piquêre de moustique comme cause du paludisme.

Connaissance sur les moyens de prévention du paludisme

Dans la présente étude, 39,0% des mères connaissaient la moustiquaire imprégnée comme moyen de prévention du paludisme tandis que la majorité des mères associent la moustiquaire imprégnée, l'utilisation de spray anti moustique, les serpentins et l'assainissement de l'environnement. Ces éléments sont en rapport avec la protection directe et lutte contre les gîtes larvaires. Près de la moitié des mères (49,6%) connaissaient plus de deux moyens de prévention.

Sandrine M N [11], dans son étude dans la vallée du Bumbu en RDC mentionne que 73% connaissent les moyens de protection de la maladie.

Seck I, Fall I S, Faye A et coll. [10] au Sénégal ont trouvé que 61, 5% ont cité les moustiquaires imprégnées comme moyen de prévention du paludisme.

C.T. Ndour et al [14] dans une étude à Gossas au Sénégal ont trouvé que les populations de la zone rurale du district de Gossas ont une connaissance faible des moyens de protection efficaces contre le vecteur

- Connaissance sur les facteurs qui favorisent la reproduction des moustiques

Dans notre étude, 20,3% des mères ont évoqué que l'insalubrité est le principal facteur qui favorise la reproduction des moustiques tandis que la majorité associant à l'insalubrité les eaux stagnantes et les mauvaises herbes. Ces résultats sont en rapport avec les recommandations PNLP [26] qui dit que l'environnement insalubre est le principal facteur favorisant le développement des moustiques. Edouard K. Déti, Joseph Flénon, Théophile Zohoun et coll. [22] au Togo ont trouvé les eaux stagnantes étaient les plus

citées (68%), la broussaille (45%), les jarres d'eau exposées (43%), les boîtes vides et objets creux (36%), les marécages (14%).

- **Connaissance des groupes à risques du paludisme**

Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans ont été cités par 57,8% des mères enquêtées comme les groupes à risques du paludisme. L'EDSIV [7] montre aussi que les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans sont à majorité les groupes à risques du paludisme. Ces deux cibles ont été évoquées par le PNLN plus les personnes vivant avec le VIH comme les groupes à risques du paludisme.

- **Connaissance des sources d'information des mères sur le paludisme**

Les sources d'information citées par les mères sont: causerie au centre avec 16% et la majorité des mères (84%) ont cité causerie au centre et radio et télévision.

Seck I, Fall I S, Faye A et coll. [10] au Sénégal trouvent que les relais communautaires ont été cités comme la principale source d'information (62, 9%), suivi du personnel de santé (60, 4%).

7.3. Attitudes et pratiques

Au cours de notre étude 52,9% des mères enquêtées avaient recours au centre de santé en cas de paludisme et 70,6% affirmaient comme raison une meilleure prise en charge.

.Kniffo et al [15] ont trouvé au Benin que 80,2% des enquêtées ont recours au centre de santé en cas de paludisme grave ; 1,5% ont recours aux guérisseurs et 17,7% ont préconisé les prières ou la poursuite du traitement à la maison.

Seck I, Fall I S, Faye A et coll. [10] au Sénégal, ont trouvé dans leur étude que 88,6% ont recours à la structure sanitaire .

Parmi les mères qui faisaient l'automédication, 3,2% donnait du paracétamol, et des CTA,5,3% de la chloroquine .

Seck I, Fall I S, Faye A et coll. [10] au Sénégal ont trouvé qu'en fonction du traitement reçu, les comprimés ont été les médicaments les plus utilisés (65,5%) contre 24,5% pour

la voie parentérale (piqûre 11,5% et perfusion 13%). 10% ont utilisé des médicaments traditionnels.

- Mesures préventives

Au cours de notre étude seulement 31% des mères enquêtées utilisaient la moustiquaire imprégnée seulement comme moyen de prévention. 20,9% utilisaient la moustiquaire imprégnée et les serpentins comme moyen de prévention. Ces résultats sont comparables à ceux de Sandrine M N [11] qui trouve dans une étude dans le Bumbu en RDC que 28% des mères utilisent la moustiquaire imprégnée.

Kniffo et al [15] qui ont trouvé au Bénin que 46% utilisaient des moustiquaires en bon état dans leur ménage. Les résultats de l'EDSIV [7] ont montré que 41% des mères utilisaient la moustiquaire imprégnée à Bamako.

Au cours de notre étude, parmi les utilisatrices de moustiquaire imprégnée, 84% ne pratiquaient pas la ré imprégnation de la moustiquaire imprégnée.

Ces résultats sont semblables à ceux de Sandrine M N [11] qui trouve que 85% des mères ne pratiquent pas la ré imprégnation des moustiquaires.

43,9% des mères ne maîtrisaient pas la technique de la ré imprégnation et 34,8% ne connaissaient pas la ré imprégnation..

C.T. Ndour et al [14] ont trouvé que 87% des enquêtés ne connaissaient pas la nécessité de la ré imprégnation.

Dans notre étude 74,3% des mères ont dormi sous moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête ; 78% ont affirmé que tous les autres membres de la famille ont dormi sous moustiquaire et 53% des mères pratiquent la prévention de la fièvre chez leurs enfants.

Sandrine M N [11] que 82% des mères ont dormis sous moustiquaire imprégnée la nuit de l'enquête.

7.4. Facteurs influençant les connaissances:

- L'âge

Seules 32 mères de 15-25 ans ont une bonne connaissance des signes cliniques du paludisme simple contre 96 mères âgées de plus de 25 ans.

$P=0,001$; ce qui est significatif. L'âge influence la connaissance des signes des signes du paludisme simple ; Par contre il n'existait pas de différence significative entre l'âge et la connaissance de signes du paludisme grave et de la cause réelle du paludisme ($p =$ respectivement 0,267 et 0,316).

Ces résultats sont semblables à ceux de SECK I et al [10] qui ont trouvé dans une étude au Sénégal que les femmes d'âge mûr connaissaient plus les signes cliniques du paludisme simple que les femmes jeunes ($p=0,01$)

Edouard K. Déti, Joseph Flénon, Théophile Zohoun et coll. [22] n'ont pas trouvé de lien entre l'âge et les connaissances des mères sur le paludisme.

- Le niveau d'instruction

Il découle de notre étude que le niveau d'étude influence la connaissance des signes du paludisme grave ; ainsi les femmes instruites connaissaient mieux les signes du paludisme grave que les femmes non instruites ; $P=0,008$.Par contre nous n'avons pas trouvé de lien entre le niveau d'instruction et la connaissance des signes du paludisme simple ainsi que la connaissance de la cause du paludisme.

SECK I et al [10] n'ont pas trouvé de lien entre le niveau d'instruction et les connaissances des mères.

C.T. Ndour et al [14] ont trouvé que les connaissances des mères n'étaient pas liées au niveau d'instruction

Edouard K. Déti, Joseph Flénon, Théophile Zohoun et coll. [22] au Togo ont trouvé que les connaissances des mères étaient liées à leur niveau d'instruction ainsi les femmes instruites avaient de meilleures connaissances par rapport aux femmes non instruites.

7.4. Facteurs déterminants les attitudes et les pratiques :

- L'âge

Il découle de notre étude que l'âge n'influe pas sur le recours au centre de santé, l'utilisation des moyens de prévention du paludisme et la pratique de la prévention de la fièvre. ($p=0,090$; $0,133$ et $p=0,090$ respectivement).

SECK I et al [10] ont trouvé un lien entre l'âge et le recours à la structure sanitaire ($P=0,05$).

KINIFFO I. R. [15] ont trouvé que les femmes âgées avaient plus recours à la structure sanitaire que les femmes jeunes.

- Le niveau d'instruction

Il découle de notre étude que le niveau d'instruction influence le recours au centre de santé ainsi que l'utilisation des mesures préventives. Ainsi les femmes instruites ont plus recours au centre de santé que les femmes non instruites et utilisaient plus les mesures préventives que les femmes non instruites ($P=0,00$ et $0,014$) respectivement.

SECK I et al [10] n'ont pas trouvé de lien significatif entre le niveau d'instruction et le recours au centre de santé.

VIII. CONCLUSION

Au terme de l'étude « connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0 à 59 mois sur le paludisme dans la commune V du district de Bamako », les conclusions suivantes ont été tirées :

- les mères avaient un bon niveau de connaissance des signes du paludisme simple chez l'enfant par contre leur niveau de connaissance sur les signes du paludisme grave étaient faibles.
- La majorité des mères avaient de bonnes attitudes et de bonnes pratiques concernant le recours au centre de santé ainsi que l'utilisation des mesures préventives.

Les connaissances et les attitudes et pratiques des mères sont plus ou moins influencées par certains caractéristiques socio démographiques. Ainsi le niveau d'instruction influençait considérablement les connaissances des mères sur le paludisme grave ainsi que le recours au centre de santé.

IX. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

Au niveau des autorités sanitaires et communales

- Renforcer les campagnes de sensibilisation des populations pour promouvoir l'utilisation de la moustiquaire imprégnée ;
- Améliorer le niveau de vie et d'instruction des mères
- Faciliter l'accès des populations aux mesures de préventions.

Au niveau des populations

- Recourir au centre de santé dès l'apparition de la fièvre ou d'autres signes du paludisme simple;
- s'informer auprès du personnel pour l'imprégnation des moustiquaires.
- Renforcer la lutte contre les gîtes larvaires par l'assainissement de l'environnement.

X. REFERENCES

1- Organisation Mondiale de la Santé

Extrait sélectionné par Green Facts sur le paludisme dans le monde :

Rapport. (OMS) ; 2010 < <http://whqlibdoc.who.int/publication/2010>>

2- MOUCHET J.,et al Typologie du paludisme en Afrique. *Cahiers Santé* .3 : 220-238.

3- Organisation Mondiale de la Santé

Evolution de la mortalité infanto-juvénile en Afrique : le rôle du paludisme
RBM/OMS/Genève

4- BAUDON D.et al, Epidémiologie clinique : morbidité palustre, mortalité palustre.*Etudes médicales(1984). 135-144*

5- Cellule de Planification et de Statistique (CPS)

Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM IV) ; 4^{ème} édition ; 2006, 497p.

6- UNICEF : Le Paludisme : une des principales causes de décès et de pauvreté des enfants en Afrique. Juillet 2002 réimprimé en octobre 2004. 20p.

7- Sachs et Malaney: The economic and social burden of Malaria 2002 *Acta Trop.* 2002; **54**: 55-72.

8-. OMS – *Le sommet africain sur le projet « Faire reculer le Paludisme »*, Abuja (Nigéria). OMS, Genève, communiqué WHO/CDS/RBM/2000, 17, 46p

9-Ministère de la santé du Mali : PNLP : Politique nationale de lutte contre le paludisme.18 p

10- SECK I, FALL IS1, FAYE A1 et al.

Connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur le paludisme, dans la zone rurale de Popoungine, Sénégal ; *Med Trop* 2008; **68** : 629-633 :

11- Sandrine MPUTU NDONGALA

Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques des habitants de bambu face à l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) ; mémoire fin de cycle Kinshasa 2009

12- Ravelonarivo, et al : Connaissances et Pratiques des femmes enceintes face au paludisme dans la capitale Antananarivo Mars 2007 .

13- DRABO K. M. TARNAGDA Z., ZEBA A. N. et al.

Représentations et pratiques en matière de paludisme chez les personnes en charge des enfants de moins 5 ans en milieu rural de la province du Houet : 2003 - 2004

14- C. T. NDOUR, O. BA, N. M. MANGA et al. : Le paludisme : connaissance, attitudes et pratiques des chefs de ménage de la population rurale de Gossa, Sénégal. *Bull Soc Pathol Exot* 2006 ; 99 : 290-3.

15- KINIFFO I, AGBO-OLA L, ISSIFOU S et al: Les mères des enfants de moins de cinq ans et le paludisme dans la vallée de Dangbo au Sud-est du Bénin. *Med Afr Noire* 2000 ; 47 : 27-33.

16- Ministère de la Santé Publique Bénin : Rapport final enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques en matière de Santé Familiale, Ministère de la Santé Publique ; Bénin : Juillet 2003

17- Gentilini M, Caumes Eric, Danis M et collaborateurs

Historique du paludisme ; Médecine Tropicale 1993 Flammarion 928 : 92-97 :

18- CDC ATLANTA : Paludisme, symptomatologie ; diagnostic et traitement.

<http://ebischoff.free.fr/Palu/palu2.html>

19- Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités locales

Plan de Développement Economique, Social et Culturel du district de Bamako. PDESC; 2005-2009

20- DEBACKER, Marie, J(2000). Paludisme : Historique, mythes ; croyances et idées reçues ; Thèse de médecine ; Paris XII

<http://www.astrium.com/grand-dossier/paludisme-these.htm>

21- Ministère de la santé

Formation pour la prise en charge du Paludisme dans les structures sanitaires :
manuel de formation : Mali : PNLP; 2009.

22- Edouard K. Déti. , Joseph Flénon, Théophile Zohoun et collaborateurs

Prise en charge à domicile du paludisme chez l'enfant : propositions d'actions à partir des résultats d'une enquête CAP menée auprès des mères d'enfants de moins de 5ans à Nostsé. (Togo). Cahiers santé vol. 18, n°3, juillet-août-septembre 2008.

23- Daffé S.

Connaissances, attitudes et pratiques des populations face au paludisme dans l'aire de santé de Finkolo (Région de Sikasso).

Thèse : Médecine : Bamako : FMPOS ; 2005 ; N°195

24-Mahamane H

Connaissances, attitudes et pratiques des populations face au paludisme dans le village de sotuba ; Mémoire fin de cycle :Bamako INFSS ; 2010

25-Coulibaly I.

Connaissances, attitudes et pratiques des populations face au paludisme dans la commune rurale de Bacoumana.

Thèse : Médecine : Bamako : FMPOS ; 2012 ;n 267

26- Ministère de la santé

Formation pour la prise en charge du Paludisme dans les structures sanitaires :
manuel de formation : Mali : PNLP; 2009.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

Fiche N° : /__/_/___/

Numéro d'identification de l'enquêté :

--	--	--

A-CARACTERISTIQUES

Age : /__/_/

Ethnie : _____

Résidence : _____

Profession : _____

Religion : _____

Niveau d'instruction :

1= Primaire /__/_/ 2=Secondaire /__/_/

3= Supérieur /__/_/ 5= Aucun /__/_/

Statut matrimonial :

1= Marié /__/_/ 2=célibataire /__/_/

3=Divorcée /__/_/ 4=Veuve /__/_/

B-CONNAISSANCES SUR LE PALUDISME

Q1-Nom local de la maladie _____

Q2- Selon vous quels sont les signes du paludisme chez l'enfant ?

1=fièvre /__/_/ 2=vomissement /__/_/

3=frissons, transpiration /__/_/ 5= irritabilité /__/_/

4=diarrhées /__/_/ 6= refus de téter ou de manger /__/_/

4=autres à préciser _____

Q9- quelles sont vos sources d'informations sur le paludisme

1=causerie /___/ 2=Radio /___/ 3=Télévision /___/

4=Centre de santé /___/ 4= autres à préciser _____

C-ATTITUDES ET PRATIQUES FACE AU PALUDISME

Q10-En cas de survenue de paludisme chez votre enfant, qui décide de ce qui est à faire ?

1=père /___/ 2=mère /___/

3= autres à préciser _____

Q11-En cas suspicion de paludisme chez votre enfant, à quoi avez-vous recours

1= administration de plantes traditionnelles /___/

2=recours au centre de santé /___/

3=recours aux guérisseurs /___/

4=administration de médicament modernes /___/

5= autres à préciser _____

Q12- si administration de médicaments modernes, lesquels

Q13- Pourquoi avez-vous choisi cette méthode

1= meilleure prise en charge /___/ 2= cout accessible /___/

3=Guerrison complete

3=Autres à préciser _____

Q14- A Quel moment faites vous quelque chose pour guérir la maladie

1= dès l'apparition des premiers symptômes /__/

2=24 Apres les convulsions /__/

3=72 h après les convulsions /__/

4=Autres à préciser _____

Q15-que faites vous pour prévenir le paludisme chez vos enfants

1= utilisation de moustiquaires imprégnées /__/

2= assainissement de l'environnement /__/

4=utilisation de serpentins /__/

5=Chimio prophylaxie par les médicaments modernes /__/

6=rien /__/

Q16-pratiguez vous la ré imprégnation des moustiquaires

1=oui /__/

2=non /__/

Si oui pourquoi _____

Si non pourquoi /__/

1= ne maitrise pas la technique 2=méconnaissance

3= autres à préciser _____

Q15-Avez-vous dormi sous moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit dernière ?

1=oui /__/

2=non /__/

Combien d'autres membres de la famille ont dormi sous moustiquaire imprégnée la nuit dernière /__/

1=tous

2=aucun

3=Autre à préciser_____

Q16-Faites vous une prévention de la fièvre chez votre enfant

1=oui /___/

2=non /___/

Si oui comment /___/

1=antipyrétiques

2=antibiotiques

3=antipaludéen

4=utilisation de moustiquaire

5=administration de plantes médicinales /___/

6= autres à préciser_____

Date de l'enquête :

Signature :

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SAMAKE

Prénom : Ousmane Sékou

Titre de la thèse : Etude des connaissances, attitudes, et pratiques des mères d'enfants de 0 à 59 mois sur le paludisme en commune V du district de Bamako.

Année : 2012-2013

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine de et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé publique/ Pédiatrie

RESUME :

Notre étude, de type transversal, portant sur 187 mères d'enfants de 0 à 59 mois s'est réalisée de Janvier à Février 2012 dans les quartiers de la commune V du district de Bamako. Elle avait pour objectif d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0 à 59 mois sur le paludisme en commune V du district de Bamako.

Ainsi, les mères avaient un bon niveau de connaissance des signes du paludisme simple chez l'enfant par contre leur niveau de connaissance sur les signes du paludisme grave étaient faibles. Près de la moitié seulement des mères ont une bonne connaissance des moyens de prévention du paludisme.

- La majorité des mères avaient comme sources d'information, la causerie au centre, la radio et la télévision.

- Plus de la moitié des mères utilisait le centre de santé pour le paludisme et les autres associaient d'autres recours.

Il existe une faible utilisation de moustiquaire imprégnée par les mères avec un taux faible d'imprégnation.

Les connaissances et les attitudes et pratiques des mères sont plus ou moins influencées par certains caractéristiques socio démographiques. Ainsi le niveau d'instruction influençait considérablement les connaissances des mères sur le paludisme grave et le statut matrimonial déterminait leurs pratiques notamment le recours au centre de santé.

Mots clés : Paludisme, attitudes, pratiques.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.